В.И. БОДЯЖИНА К.Н. ЖМАКИН

ГИНЕКОЛОГИЯ

В. И. БОДЯЖИНА, К. Н. ЖМАКИН

ГИНЕКОЛОГИЯ

ИЗДАНИЕ ТРЕТЬЕ, ПЕРЕРАБОТАННОЕ И ДОПОЛНЕННОЕ

Допущено Главным управлением учебных заведений
Министерства здравоохранения СССР
в качестве учебника для студентов
медицинских институтов



МОСКВА. «МЕДИЦИНА». 1977

УДК 618.1(075.8)

Гинекология. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин. Изд. 3-е, перераб. и доп. М., «Медицина», 1977, 416 с., ил.

Учебник гинекологии содержит основные данные об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике заболеваний и функциональных нарушений половой системы женщины, а также сведения об аномалиях развития половых органов. Изложены сведения о физиологии половой системы женщины. Представлены основы организации гинекологической помощи в нашей стране.

Значительное внимание уделяется вопросам симптоматологии и диагностики, воспалительным заболеваниям, опухолям и опухолевидным образованиям половой системы и эндокринным нарушениям. Освещены проблемы бесплодного брака, аномалии положения, повреждения и пороки развития половых органов и другие вопросы гинекологии. Учебник написан в соответствии с программой, утвержденной Министерством здравоохранения СССР, и рассчитан на студентов медицинских институтов.

В учебнике 239 рис.

Рецензент — зав. кафедрой акушерства и гинекологии 2-го МОЛГМИ им. Н. И. Пирогова проф. Г. М. Савельева

Б $\frac{51900-392}{039(01)-77}$ 8—77

ПРЕДИСЛОВИЕ

При подготовке третьего издания учебника гинекологии авторы подвергли его значительной переработке и дополнили рядом глав. Наиболее существенной переработке подверглись следующие разделы: 1) симптоматология и диагностика гинекологических заболеваний; 2) нарушения менструальной функции; 3) воспалительные заболевания; 4) физиотерапия гинекологических заболеваний; 5) предраковые заболевания; 6) неправильное развитие половых органов.

В учебник включены новые главы: «Нейроэндокринные синдромы у гинекологических больных» и «Внематочная беременность». Последняя глава добавлена в связи с тем, что дифференциальная диагностика этой патологии требует знания основных разделов гинекологии (аномалии развития, менструальной функции, воспалительные процессы, бесплодие).

В настоящем издании освещены основные функциональные нарушения и заболевания половой системы у детей и подростков. В соответствующих главах изложены вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения ювенильных кровотечений, воспалительных заболеваний, аномалий полового развития и других гинекологических болезней в указанном возрасте.

В. И. Бодяжиной написаны следующие главы: «Основные вопросы физиологии женской половой системы», «Общая симптоматология и диагностика гинекологических заболеваний», «Нарушения менструальной функции», «Нейроэндокринные синдромы у гинекологических больных», «Аномалии положения женских половых органов», «Неправильное развитие женских половых органов», «Бесплодие», «Основы организации гинекологической помощи в СССР».

К. Н. Жмакин является автором следующих глав: «Введение», «Воспалительные заболевания женских половых органов», «Туберкулез», «Кисты половых органов женщины», «Эндометриоз», «Опухоли женских половых органов», «Повреждения женских половых органов», «Внематочная беременность».

Все замечания по поводу учебника будут приняты авторами с благодарностью.

Содержание учебника соответствует программе преподавания гинекологии в медицинских институтах, утвержденной Министерством здравоохранения СССР.

ВВЕДЕНИЕ

Гинекология (от греч. gyne — женщина, logos — слово, учение) — специальная отрасль медицины, изучающая нормальную деятельность женского организма, заболевания, связанные с его анатомо-физиологическими особенностями, во все периоды жизни женщины, а также профилактику и терапию этих заболеваний. Акушерство — часть гинекологии; предметом его изучения являются физиологические и патологические процессы, происходящие в организме женщины в связи с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом, а также профилактика этих патологических процессов.

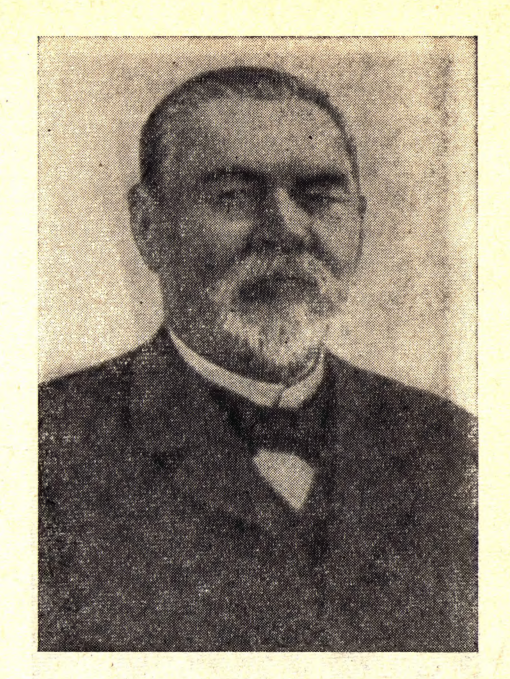
Указания на зачатки гинекологии встречаются в памятниках Индии, Древнего Египта, Греции, в лечебниках славянских народов. Так, в индийских книгах «Аюрведа» (Знание жизни) (IX—III век до н. э.) упоминается о смещениях матки, кондиломах, аменорее. В египетских папирусах, написанных около 1500 лет назад, имеются указания на способы лечения смещений матки, аменореи, зуда и язв наружных половых органов. В трудах Гиппократа (460—377 гг. до н. э.) одна из глав называется «О женских болезнях». Гиппократ описывает симптомы и диагностику смещений, воспаления матки и влагалища, он рекомендует и некоторые хирургические вмешательства — удаление опухоли из матки с помощью щипцов, ножа и каленого железа. При выборе методов терапии Гиппократ не только применял местное лечение, но и считал необходимым воздействовать на весь организм.

Ибн-Сина (Авиценна, 980—1037) в своем труде «Канон врачебной науки» описал ряд женских болезней и указал средства их лечения. В труде царицы Зои, внучки Владимира Мономаха, вышедшем в XII веке под названием «Мази», имеются две главы (кроме акушерства) под названием «О благообразии тела» и «О соитии».

Однако во всех перечисленных документах нашли отражение лишь эмпирические наблюдения врачей, подчас основанные на аналогии с жизнедеятельностью организма животных. Основы для развития научной гинекологии были заложены значительно позже, начиная с XVI века, когда появились труды выдающихся анатомов Везалия, Бартолина, Купера, Граффа. Эти авторы дали весьма детальное описание половых органов женщины. В XVI веке вышло первое обширное (567 стр.) руководство по женским болезням Меркадо, профессора университета в Толедо (Испания).

В течение длительного времени гинекология не была самостоятельной наукой, а являлась лишь частью хирургии. Лишь в XIX веке благодаря прогрессу естествознания и медицины, успехам физиологии и патоморфо-

логии гинекология как в нашей стране, так и за рубежом начала выделяться в самостоятельную дисциплину и быстро развиваться. Этому способствовало открытие в 40-х годах XIX века гинекологических клиник в ряде высших медицинских школ как в нашей стране, так и на Западе. До того гинекология являлась придатком к акушерству и преподавалась лишь теоретически. Лишь в 1835 г. университетским уставом кафедра повивального искусства была переименована в кафедру повивального искусства, женских болезней и болезней новорожденных.



А. Я. Крассовский (1821—1898)

Первое в России гинекологическое отделение при акушерской клинике Петербургской медико-хирургической академии было открыто в 1842 г. Постепенно гинекологические клиники и отделения начали создаваться и в других русских университетах и больницах.

Во второй половине XIX века в России во главе этих клиник стояли выдающиеся ученые и основоположники отечественной гинекологии — А. А. Китер (автор первого русского «Руководства к изучению женских болезней», 1858), А. Я. Крассовский, К. Ф. Славянский, работавшие в Петербурге, В. Ф. Снегирев, профессор Московского университета, И. П. Лазаревич, профессор Харьковского университета.

Ценный вклад в развитие хирургической гинекологии в зарубежных странах внесли такие крупные ученые, как Спенсер Уэльс и Лаусон Тэт в Англии, Марион Симс в США, Э. Каберле и Ж. Пеан во Франции, А. Гегар, В. Фрейнд и К. Шредер в Германии, В. Рубеска, К. Павлик (Чехословакия), Ф. Шаута в Австрии.

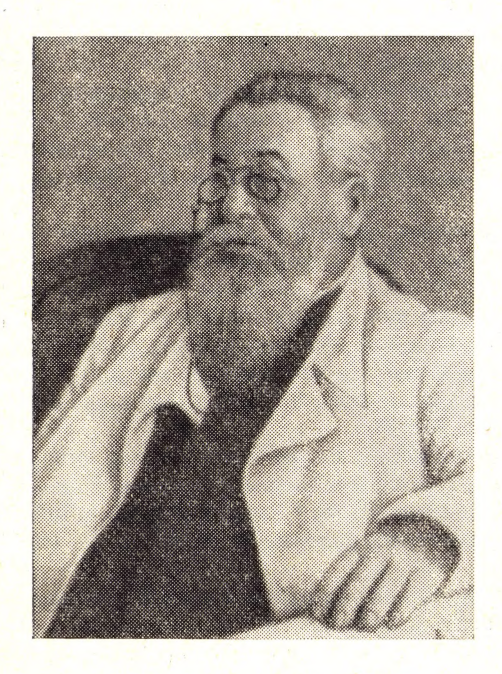
А. Я. Крассовскому принадлежит большая заслуга в развитии отечественной акушерско-гинекологической науки. Им опубликовано классическое руководство под названием «Оперативное акушерство и учение о неправильностях женского таза» (1865, 1885) и оригинальный труд «Об овариотомии» с атласом (1868). А. Я. Крассовский был заведующим кафедрой акушерства, женских и детских болезней Петербургской медико-хирургической академии, а также основателем первого в России Акушерско-гинекологического общества в Петербурге (1886).

К. Ф. Славянскому принадлежат оригинальные работы о патологическом строении женских половых органов, главным образом яичников. Большое значение имело оригинальное руководство К. Ф. Славянского по гинекологии «Частная патология и терапия женских болезней» (СПБ, т. I—II, 1889—1897).

В. Ф. Снегирев был одним из основоположников отечественной гинекологии, основателем кафедры гинекологии Московского университета, не только внесшим вклад в развитие этой науки, но и весьма способствовавшим поднятию ее авторитета за рубежом. Он впервые в нашей стране



К. Ф. Славянский (1848—1898)



В. Ф. Снегирев (1847—1916)

широко организовал подготовку врачей по гинекологии. В. Ф. Снегиревым были основаны гинекологическая клиника Московского университета (1889), Гинекологический институт усовершенствования врачей (1896) и Московское акушерско-гинекологическое общество (1887). Он предложил ряд новых оригинальных гинекологических операций: создание искусственного влагалища из прямой кишки, внебрюшинное вскрытие гнойников в полости таза (в содружестве с А. П. Губаревым), кольпопексию и всесторонне разработал метод перитонизации раневой поверхности при чревосечениях (вместо широко применявшихся дренажей). Богатый клинический опыт В. Ф. Снегирева отражен в его классическом труде «Маточные кровотечения» (1885, 1907), в котором представлены важнейшие главы гинекологии.

В. Ф. Снегирев был замечательным клиницистом и выдающимся хирургом, но его не могло удовлетворить одностороннее развитие гинекологии в конце XIX и начале XX века. В своей речи «Из пережитого» на I съезде Общества российских акушеров и гинекологов (1903) он сказал: «Специальные гинекологические учреждения до клиник включительно все заняты разработкой хирургической гинекологии... в тиши и уединении стоят в гинекологии отделы функциональных расстройств половой сферы... Вся глава о менструациях, их расстройствах, глава о бесплодии суть главы еще нетронутые... Мы мало придаем значения анамнезу в его широком смысле и едва лишь упоминаем о значении детских болезней на период pubertatis. Главу о физическом и душевном воспитании девочек оставляем совсем в забвении... Пора перейти к изучению физиологических и патологических функций женского организма».

Большое значение для развития отечественной гинекологии имели акушерско-гинекологические общест-

ва (Петербургское, Московское, Киевское), Всероссийские съезды акушеров-гинекологов (до 1915 г. их было пять), Пироговские врачебные съезды, «Журнал акушерства и женских болезней» (1887—1935). Первый Международный конгресс акушеров-гинекологов, состоявшийся в в Брюсселе в 1892 г., положил начало международной ассоциации акушеров-гинекологов. До первой мировой войны состоялось 6 таких съездов; в них принимали участие многие наши гинекологи (В. Ф. Снегирев, А. П. Губарев, Д. О. Отт). Достижения отечественной гинекологии получили на этих конгрессах большое признание (например, на V конгрессе, состоявшемся в Петербурге в 1910 г.). Однако в дореволюционной России не было условий для осуществления идей В. Ф. Снегирева.



Д. О. Отт (1855—1929)

Большой вклад в развитие отечественной гинекологии после Великой Октябрьской социалистической революции внесли М. С. Малиновский, Л. Л. Окинчиц, К. К. Скробанский, Е. М. Курдиновский, В. С. Груздев, К. П. Улезко-Строганова.

Подлинное развитие гинекологии как науки и научная организация гинекологической помощи в нашей стране связаны с социалистическими преобразованиями, возникшими после Великой Октябрьской социалистической революции. Теперь у нас создана огромная сеть женских консультаций, больниц, родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов и других учреждений, где оказывается всесторонняя лечебно-профилактическая помощь женщине во все периоды ее жизни. Одной из основных задач этих учреждений является предупреждение и лечение гинекологических заболеваний.

Примером, характеризующим развитие сети акушерско-гинекологических учреждений, является рост числа женских консультаций и возрастание объема их деятельности, а также значительное увеличение количества гинекологических коек. До Великой Октябрьской социалистической революции в России было всего 9 консультаций, функции которых сводились к наблюдению за весьма узким кругом беременных. В настоящее время в нашей стране имеется огромное количество женских консультаций, обслуживающих беременных и гинекологических больных. В консультациях осуществляется лечебная и широкая профилактическая работа (санитарное просвещение, массовые профилактические осмотры, патронаж, оздоровление труда и быта женщин и т. д.).

Характерные черты советской гинекологии — проведение массовых профилактических мероприятий, значительное расширение комплекса консервативной терапии (внекурортная и курортная), широкая система борьбы со злокачественными новообразованиями, разработка методов консервативной и восстановительной хирургии с целью сохранения физиологических функций женщины.



В. С. Груздев (1866—1938)

В нашей стране созданы все благоприятные условия для развития науки, на что ежегодно ассигнуются огромные средства. За время существования Советской власти учреждены специальные научно-исследовательские институты акушерства и гинекологии и ряд новых медицинских институтов, неотъемлемой частью которых являются кафедры акушерства и гинекологии.

В дореволюционной России было всего 18 акушерско-гинекологических кафедр и 2 института усовершенствования врачей. В настоящее время научно-исследовательская работа проводится в 16 институтах специального профиля, более чем на 140 кафедрах акушерства и гинекологии, а также во многих практических учреждениях. Большую роль в развитии отечественной акушерско-гинекологической науки играют Всесоюзное и республиканские научные общества акушеров-гинекологов, периодические съезды, конференции, издание специальных научных журналов, руководств, в том числе первого отечественного многотомного руководства по акушерству и гинекологии, многочисленных специальных монографий, активное участие советских ученых в конгрессах Всемирной ассоциации акушеров-гинекологов, национальных съездах различных стран.

Советская акушерско-гинекологическая наука тесно связана с практикой здравоохранения.

Для изучения проблем гинекологии широко используются клинические, биохимические, эндокринологические, физиологические, рентгенологические и другие современные методы научного исследования.

Важным направлением наших научных учреждений является всестороннее изучение организма женщины во все периоды ее жизни, начиная с рождения и до старости (изучение особенностей внутриутробного развития входит в курс акушерства). Это позволило выяснить многие сложные вопросы физиологии и патологии женщины, разработать научно обоснованные методы диагностики, профилактики и лечения, оказания специализированной гинекологической помощи женщинам. Большое внимание уделяется повышению качества медицинской помощи женщинам и подготовке кадров акушеров-гинекологов; проводится также систематическая работа по повышению квалификации этих кадров.

В профилактической работе среди женщин повседневно принимают активное участие общественные организации и руководители промышленных предприятий, колхозов и совхозов.

Все эти условия создают благоприятные предпосылки для дальнейшего успешного развития отечественной гинекологии.

ГЛАВА I

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ФИЗИОЛОГИИ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Учение о строении и функциях женских половых органов представляет собой фундамент как акушерства, так и гинекологии. Без ясного представления о физиологических функциях половых органов женщины невозможно правильное суждение о причинах происхождения, патогенезе, профилактике и лечении гинекологических заболеваний и связанных с ними общих нарушений. Поэтому изложению курса гинекологии предшествует краткое описание основных вопросов физиологии половой системы женщины. Необходимо подчеркнуть, что функции половых органов тесно связаны с деятельностью других органов и систем и подвержены возрастным изменениям.

ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ

Различают следующие периоды жизни, характеризующиеся возрастными анатомо-физиологическими особенностями: 1) детство, 2) период полового созревания, 3) период половой зрелости, 4) переходный (климактерический) период, 5) постклимактерический (пожилой возраст, старость) период.

Детство. В детском возрасте яичники медленно увеличиваются (преимущественно в ширину и толщину), специфические функции их не проявляются, хотя эстрогены в незначительном количестве синтезируются. Матка небольшая, шейка ее по длине и толщине превосходит размеры тела матки. Маточные трубы извилистые, тонкие, просвет их узкий. Влагалище узкое, короткое; наружные половые органы сформированы, но не развиты, волосяной покров отсутствует.

Период полового созревания. Начинается обычно с 9—10 лет и продолжается до 15—16 лет. Половое созревание и формирование женского организма полностью завершаются примерно к 17—18 годам. Время полового созревания подвергается индивидуальным колебаниям, а также зависит от климатических, бытовых и других условий.

Половое созревание является важным этапом развития организма и сложной системы органов, определяющих будущую репродуктивную (детородную) функцию. В период полового созревания усиливается рост, происходит формирование женского типа телосложения, вторичных половых признаков, половых органов и нейроэндокринной системы, регулирующей менструальную, детородную, половую и секреторную функции половой системы.

В периоде полового созревания условно выделяют две фазы: препубертатную и пубертатную. В первой фазе происходит ускорение роста (в длину), появляются вторичные половые признаки (молочные железы, оволосение на лобке и под мышками), усиливается развитие матки (тело матки увеличивается быстрее и величина его преобладает над размером шейки), влагалища и наружных половых органов.

В первой фазе медленно увеличивается секреция гонадотропных (стимулирующих функцию яичников) гормонов в передней доле гипофиза, преимущественно фолликулостимулирующего гормона. Под влиянием этого гормона происходит рост фолликулов в яичниках и синтез эстрогенного (фолликулярного) гормона, который усиливает процесс роста (рост тела, развитие половых органов и др.). В конце этой фазы формируется циклическая секреция гонадотропных гормонов, стимулирующих рост и эндокринную функцию фолликулов и желтых тел яичника (см. с. 28). В этот период развиваются циклические процессы в яичниках и матке (см. с. 15) и наступает первая менструация (менархе). Обычно это бывает в возрасте 13—14 лет.

Пубертатная фаза начинается с менструации и характеризуется завершением роста, формированием женской конституции, развитием вторичных половых признаков, яичников, матки (длина матки около 8 см, масса — 50 г, длина тела — $^{3}/_{4}$, шейки — $^{1}/_{4}$ размера матки), влагалища и наружных половых органов.

Для завершения процессов формирования вторичных половых признаков и женского фенотипа характерно следующее.

1. Особенности женского скелета, в частности таза (он шире, ниже, объемом больше, лонный угол тупой и др.), развития мускулатуры, отложения жира (в области бедер, торса, молочных желез).

2. Женский тип оволосения на лобке с горизонтальной верхней границей. Волосы в этой области появляются до первой менструации, оволосение в области подмышечных впадин возникает после нее.

3. Развитие молочных желез характеризуется завершением альвеолярного строения, увеличением числа долек, молочных ходов, соединительной ткани; отмечается отложение жира (окончательное развитие молочных желез происходит во время беременности и лактации).

В пубертатной фазе полового созревания устанавливаются функции центров гипоталамуса, регулирующих половую систему, завершается формирование циклической секреции гонадотропных гормонов гипофиза, а также циклических процессов, происходящих в яичниках, матке и других отделах половой системы. Происходит увеличение таза и формирование его по женскому типу. Конец пубертатного периода характеризуется установлением регулярной менструальной функции и готовностью организма к деторождению. У некоторых девочек регулярный характер менструаций устанавливается не сразу, а через 6—8 мес после первой менструации.

В периоде полового созревания наблюдается значительное развитие интеллекта и морального облика девочки.

Половое созревание относится к критическим периодам онтогенеза. Усиление роста и развития происходит правильно при оптимальных условиях среды. Под влиянием неблагоприятных факторов (особенно заболеваний) могут возникнуть нарушения процессов физического и полового развития. Наблюдаются нарушения менструальной функции, признаки задержки или преждевременного полового развития и др. (см. главу XII).

Период половой зрелости. После полового созревания наступает период половой зрелости, продолжающийся около 30—35 лет. Он характеризу-

ется активностью всех специфических функции организма женщины, направленных на деторождение. В этот период жизни полного развития достигают менструальная, секреторная и другие функции полового аппарата, наступают беременность и роды. В период половой зрелости у женщины нередко возникают заболевания половых органов, связанные с инфекционными заболеваниями, травмой и другими причинами.

Переходный (климактерический) период. Начинается в конце периода половой зрелости, в возрасте 45—47 лет и продолжается 2—3 года. В это время происходит постепенное угасание внутрисекреторной деятельности яичников, прекращается генеративная функция, нарушаются, а затем и прекращаются менструации. Обычно они запаздывают, нередко бывают продолжительными и обильными, иногда — редкими и скудными и, наконец, прекращаются совсем. Прекращение менструаций называют менопаузой. Сравнительно редко наблюдается ранний климактерический период (40 лет и раньше), который обычно связан с действием неблагоприятных факторов (инфекция, психические травмы, недостаточное питание и др.). Наступление менопаузы после 50 лет большей частью бывает при наличии миомы матки.

Прекращение менструаций и циклических процессов не вызывает быстрого увядания всех жизненных функций организма женщины и снижения ее трудоспособности. Старение начинается значительно позднее наступления менопаузы.

У большинства женщин климактерический период протекает без выраженных расстройств. Однако нередко течение его осложняется нарушениями функций нервной, сосудистой и эндокринной систем, выражающимися в повышенной возбудимости, лабильности настроения, нарушениях сна, головокружениях и вегетативно-сосудистых расстройствах. Характерными признаками патологического климактерического периода являются приливы крови к голове, внезапное ощущение жара, колебания артериального давления и др. Нередко наблюдаются нарушения жирового, водно-солевого и других видов обмена веществ (см. главу IV).

Постклимактерический период. Начинается с наступлением менопаузы и продолжается до конца жизни женщины. Последние годы данного периода являются старостью (senium). В постклимактерическом периоде происходит постепенная атрофия половых органов, достигающая особенно высокой степени к старости. Яичники сморщиваются и уплотняются, матка и маточные трубы резко уменьшаются в размерах, влагалище суживается, своды его уплощаются, процессы атрофии распространяются и на наружные половые органы.

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О ФИЗИОЛОГИИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Наружные половые органы. В норме внутренние поверхности малых и больших половых губ соприкасаются, вследствие чего влагалище изолируется от внешней среды. Плотное прилегание друг к другу половых губ предохраняет влагалище от загрязнения, а также от проникновения воздуха, вызывающего высыхание содержимого влагалища и его слизистой оболочки.

Наружные половые органы богато снабжены нервными окончаниями; они имеют рефлекторные связи с другими органами и системами, участвуют в реализации полового чувства и специфических физиологических процессов. В преддверии влагалища много желез, секрет которых облегчает

coitus. Особенно это относится к деятельности больших вестибулярных желез, продуцирующих беловатый секрет, имеющий щелочную реакцию. Секрет выделяется наружу при половом возбуждении, увлажняет поверхность преддверия и входа во влагалище. Секрет больших вестибулярных желез разжижает семенную жидкость и этим способствует повышению подвижности сперматозоидов.

Функции влагалища. Влагалище участвует в процессе оплодотворения: выделяющаяся при половом сношении семенная жидкость попадает во влагалище, откуда сперматозоиды проникают в полость матки и труб. Сперма скопляется преимущественно в заднем (наиболее глубоком) своде влагалища, куда направлена и шейка матки со слизистой пробкой в шеечном канале. Указанные пространственные соотношения и физико-химические свойства шеечного слизистого секрета (пониженная вязкость, щелочная реакция и др.) способствуют проникновению сперматозоидов в верхние отделы половых путей, а следовательно, процессу оплодотворения.

Известно участие влагалища в процессе родов: оно образует с шейкой матки родовой канал, через который проходят плод и послед. Беспрепятственное изгнание плода возможно потому, что во время беременности в тканях влагалища происходят физиологические изменения (гипертрофия и гиперплазия мышечных волокон, соединительной ткани, сосудов, серозное пропитывание и разрыхление тканей), в результате которых стенки его становятся эластичными и растяжимыми.

К функциям влагалища относится выведение наружу секрета из желез шейки и других выделений из матки (например, лохий).

Важной является также барьерная функция влагалища, способность его к самоочищению. Эта функция обусловлена взаимодействием микробной флоры влагалища с гликогеном, образующимся в эпителии слизистой оболочки.

Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, в поверхностном слое которого откладывается гликоген. Процесс синтеза гликогена происходит под влиянием фолликулярного гормона яичников. Содержащие гликоген поверхностные клетки эпителия слущиваются и попадают в просвет влагалища. В слизистой оболочке его железы отсутствуют. Жидкая часть содержимого влагалища образуется за счет пропотевания транссудата из кровеносных и лимфатических сосудов; к жидкой части примешиваются отторгающиеся клетки плоского эпителия слизистой оболочки, микроорганизмы, слизь, вытекающая из шейки матки, лейкоциты. Содержимое влагалища беловатое, количество его небольшое, но достаточное для увлажнения стенок (здоровая женщина выделений из влагалища не ощущает).

Содержимое влагалища имеет кислую реакцию вследствие наличия молочной кислоты, которая образуется из гликогена под влиянием продуктов жизнедеятельности влагалищных бацилл. Эти бациллы (палочки, B. vaginalis), являющиеся постоянными обитателями (нормальной флорой) влагалища здоровой женщины, грамположительны. Гликоген расщепляется диастатическим ферментом до мальтозы, последняя под влиянием мальтазы — до глюкозы, а из глюкозы под влиянием влагалищных палочек образуется молочная кислота (диастатический фермент образуется из распадающихся клеток влагалищного эпителия). Влагалищные бациллы могут вегетировать на нормальной слизистой оболочке влагалища в чистой культуре.

Молочная кислота не оказывает отрицательного действия на нормальную флору (влагалищные бациллы) и слизистую оболочку и в то же вре-

мя губит патогенных микробов, попадающих во влагалище из внешней среды. Таким образом, у здоровой женщины происходит процесс самоочищения влагалища, имеющий важное биологическое значение. В физиологических условиях этот процесс препятствует проникновению внутрь полового аппарата болезнетворных микробов.

В постклимактерическом периоде, а также при тяжелых общих и гинекологических заболеваниях деятельность яичников ослабевает, синтез гликогена в слизистой оболочке снижается. Молочной кислоты вырабатывается мало, реакция содержимого влагалища может перейти в щелочную. При таких условиях во влагалище начинают размножаться микробы (кокки и др.), попадающие извне, а нормальная микрофлора (палочки) вытесняется. В связи с этим могут возникнуть воспалительные заболевания.

В соответствии с характером микробной флоры различают четыре степени чистоты влагалища (рис. 1, 2).

I степень чистоты: в содержимом влагалища бациллы (влагалищные) в чистой культуре и клетки плоского эпителия; реакция кислая.

II степень чистоты: кроме влагалищных бацилл (число их меньше, чем при I степени), в содержимом влагалища встречаются единичные лейкоциты, comma variabile, отдельные кокки, много эпителиальных клеток; реакция кислая. I и II степени чистоты считаются нормальной.

III степень чистоты: влагалищных бацилл мало, преобладают другие виды бактерий, главным образом кокки и comma variabile, много лейкоцитов; реакция слабощелочная.

IV степень частоты: влагалищных бацилл нет, очень много патогенных микробов (кокки, бациллы, сарцины, встречаются трихомонады) и лейкоцитов, эпителиальных клеток мало; реакция слабощелочная.

III и IV степени чистоты сопутствуют патологическим процессам.

В период половой зрелости в эпителии слизистой оболочки влагалища протекают циклические процессы, заканчивающиеся отторжением поверхностных слоев. Используя методы специальной окраски и гистологического исследования клеток содержимого влагалища, можно судить о функциональном состоянии яичников. Через влагалище производят диагностические и лечебные процедуры.

Основные функции матки и маточных труб. В течение всего периода половой зрелости в слизистой оболочке матки здоровой женщины происходят правильно повторяющиеся циклические процессы, создающие благоприятные условия для беременности. Эти процессы совершаются в функциональном слое (в той части слизистой оболочки, которая обращена к просвету матки) и завершаются распадом, отторжением этого слоя вместе с кровью, изливающейся из сосудов (менструация). Базальный слой эндометрия (прилегающий к миометрию) тоньше функционального (1—1,5 мм), в нем располагаются нижние отделы и донышки желез эндометрия, главная часть которых находится в более мощном функциональном слое. Базальный слой является ростковым. Из его размножающихся элементов (строма, эпителий, сосуды, железы и т. д.) регенерирует функциональный слой слизистой оболочки матки.

Миометрий представляет собой слой матки со сложным строением и функциями. Циклические изменения в миометрии выражаются в повышении возбудимости мышц и чувствительности их к сокращающим средствам в первой фазе менструального цикла. Во второй (лютеиновой) фазе возбудимость миометрия снижается.

Важнейшей функцией матки является образование ложа для имплантации плодного яйца и последующего развития плода и оболочек. Матка

служит надежным плодовместилищем в течение всей беременности. В ней происходят исключительно важные, разнообразные физиологические изменения (гипертрофия и гиперплазия мышц, сосудов, нервов, накопление сократительного белка, гликогена, других веществ, понижение возбудимости и т. д.), способствующие правильному развитию и донашиванию беременности. Имеются указания на возможность возникновения компенсаторно-приспособительных реакций в системе маточно-плацентарного кровообращения и в сократительной деятельности матки при изменениях в организме беременной, неблагоприятных для плода.

Когда плод созревает и становится способным к внеутробному существованию, благодаря сокращениям матки он изгоняется наружу, что способствует рождению ребенка.

Маточные трубы выполняют следующие основные функции: 1) в ампулярном отделе маточной трубы происходит оплодотворение; 2) в результате деятельности трубы яйцеклетка перемещается в полость матки. Поверхность оплодотворенной яйцеклетки покрывается жидким содержимым трубы (секрет бокаловидных клеток, транссудат), в состав которого входят вещества, необходимые для ее жизнедеятельности в период миграции по трубе.



а



б

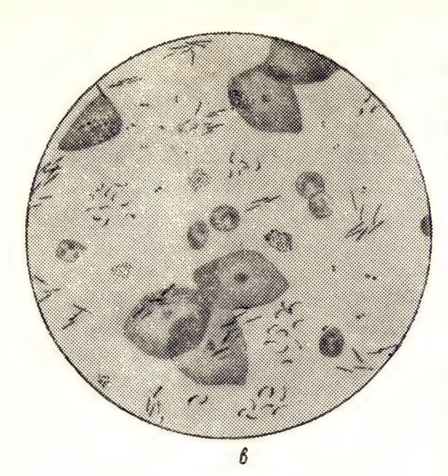
Рис. 1—2. Степени чистоты влагалищной флоры.

а — I степень чистоты. Видны эпителиальные клетки слизистой оболочки влагалища и влагалищные палочки; б — II степень чистоты. Видны преимущественно эпителиальные клетки и влагалищные палочки, наряду с ними comma variabile и единичные лейкоциты.

Перемещение яйца в матку совершается преимущественно за счет сокращений мускулатуры маточных труб. При сокращении продольной мускулатуры маточная труба укорачивается, при сокращении циркулярной — суживается. Последовательное сокращение продольных и поперечных мышц создает перистальтические движения маточных труб, которые передвигают яйцеклетку в сторону матки. Вспомогательное значение в передвижении яйца имеет мерцание ресничек эпителия трубы, направленное в сторону просвета матки.

Продвижению яйца способствует и продольное расположение складок слизистой оболочки маточной трубы, облегчающее скольжение яйца по направлению к матке. Сократительная деятельность труб зависит от фазы менструального цикла.

В период созревания фолликула в яичнике возбудимость и тонус трубы повышены. Во время развития и функциональной активности желтого тела возбудимость труб понижается; перистальтика их становится ритмичной, что способствует передвижению яйца в полость матки.


в

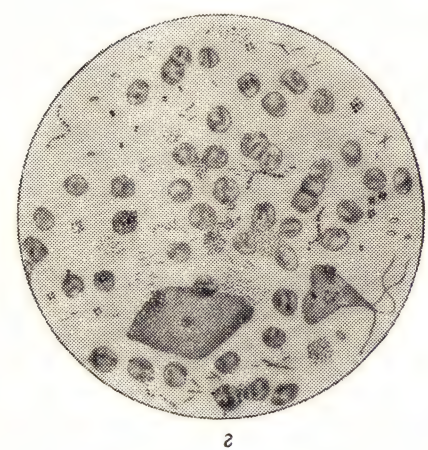

г

Рис. 1—2 (продолжение).

в — III степень чистоты. Влагалищных палочек меньше, много comma variabile, кокков и лейкоцитов; *г* — IV степень чистоты. Влагалищные палочки исчезли; стрептококки, стафилококки, трихомонады, много лейкоцитов.

Физиология яичников отличается большой сложностью. В течение всего периода половой зрелости в яичнике происходят ритмически повторяющийся процесс созревания фолликулов — овуляция с выходом в брюшную полость (впоследствии в трубу) зрелых яйцеклеток, способных к оплодотворению и развитию желтого тела. Эта функция является генеративной, она служит продолжению рода.

Кроме генеративной, яичники выполняют эндокринную функцию. Гормоны яичника оказывают действие на матку, маточные трубы, влагалище и другие отделы полового аппарата, а также на весь организм женщины.

Под влиянием фолликулярного гормона, образующегося в растущих, но не созревающих (атрезирующих) фолликулах, происходит рост матки, маточных труб, влагалища и наружных половых органов в период полового созревания. Гормоны яичника обусловливают развитие признаков, специфических для организма женщины; к ним относятся особенности телосложения, обмена веществ, развитие молочных желез, рост волос и др.

В период половой зрелости гормоны яичника способствуют кровоснабжению, питанию и обеспечению тонуса половых органов. Под влиянием гормонов фолликула и желтого тела в эндометрии совершаются ответствующие фазы менструального цикла.

Фолликулярный (эстрогенный) гормон образуется в яичниках и в климактерический период, когда циклические процессы угасают. Постепенное снижение образования эстрогенов и медленный спад их в переходном периоде способствуют физиологическому течению процессов, присущих данному возрастному периоду.

МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ

В период половой зрелости в организме здоровой небеременной женщины происходят сложные изменения, подготовляющие ее к беременности. Эти биологически важные, ритмически повторяющиеся изменения называют менструальным циклом. Он продолжается от первого дня последней менструации до первого дня последующей. У большинства женщин менструальный цикл длится 28 дней (4-недельный цикл), реже 21 день

(3-недельный цикл). В редких случаях у здоровых женщин он продолжается 30—35 дней (постпонирующий тип менструаций).

Необходимо помнить, что менструация означает не начало, а конец физиологических процессов, продолжающихся 3—4 нед; она свидетельствует о затухании этих процессов, подготовляющих организм к беременности, о гибели неоплодотворенной яйцеклетки. Вместе с тем менструальное выделение крови представляет собой наиболее выраженное проявление циклических процессов, поэтому практически удобно начинать исчисление цикла с первого дня последней менструации.

Циклические изменения наиболее значительны в половом аппарате, именно в яичниках и слизистой оболочке матки. Выраженные циклические изменения происходят в секреции гонадотропных гормонов гипофиза, а также в деятельности структур гипоталамуса, регулирующих гонадотропную функцию гипофиза и половой системы. Кроме циклических процессов, в половых органах наблюдаются волнообразно протекающие общие изменения, не достигающие значительной степени.

Таким образом, ритмически повторяющиеся физиологические изменения при менструальном цикле происходят: а) в гипоталамо-гипофизарной системе; б) в яичниках (яичниковый цикл); в) в матке (маточный цикл); г) во всем организме женщины.

Циклические изменения наблюдаются не только в яичниках и в матке, но и в слизистой оболочке влагалища, шейке матки и трубах. Однако изменения в этих отделах полового аппарата выражены значительно меньше, чем в яичниках и эндометрии.

ИЗМЕНЕНИЯ В ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЕ И ОБЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ В ТЕЧЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Циклические изменения в яичниках и матке (рост фолликула, его разрыв, процессы пролиферации, секреторной трансформации и десквамации в эндометрии и др.) воспринимаются нервными окончаниями полового аппарата. Эти раздражения передаются по нервным проводникам в центральную нервную систему, оказывая влияние на ее функции, а следовательно, и на деятельность всего организма. Влияние на центральную нервную систему со стороны половых органов осуществляется преимущественно гуморальным путем. На функции мозга влияют гормоны яичника, уровень которых в крови меняется в разных фазах менструального цикла.

Изменения в гипоталамо-гипофизарной системе определяют циклические процессы, совершающиеся в яичниках, матке и других отделах половой системы. Циклические изменения в структурах гипоталамуса и в передней доле гипофиза регулируют все процессы, обеспечивающие репродуктивную (генеративную) функцию женщины.

В передней доле гипофиза (аденогипофиз) происходят синтез и выделение в кровь гонадотропных (стимулирующих функцию гонад — половых желез), адренокортикотропного, соматотропного, тиреотропного, лютеотропного (пролактин) гормонов.

Доказано наличие трех гонадотропных гормонов: 1) фолликулостимулирующего (ФСГ — FSH), 2) лютеинизирующего (ЛГ — LH), 3) лютеотропного (ЛТГ — LTH).

ФСГ способствует развитию (созреванию) фолликулов в яичниках и продукции фолликулярного (эстрогенного) гормона. ЛГ стимулирует развитие желтого тела, а ЛТГ — синтез и секрецию гормона желтого тела (прогестерона).

ФСГ и ЛГ образуются в передней доле гипофиза одновременно, но в разных соотношениях: в первой половине менструального цикла преобладает ФСГ, во второй — ЛГ и ЛТГ.

Выделение аденогипофизом гонадотропных гормонов происходит под влиянием нейросекрета, который вырабатывается в определенных ядрах гипоталамуса и оказывает специфическое действие на тропные гормоны гипофиза. Нейросекрет, стимулирующий выделение гонадотропных (и других тропных) гормонов, получил название разрешающего фактора (РФ), или releasing factor.

Существует мнение, что для каждого тропного гормона вырабатывается свой разрешающий фактор.

Согласно имеющимся сведениям, разрешающий фактор для ФСГ вырабатывается в паравентрикулярных ядрах гипоталамуса, для ЛГ — в аркуатном ядре и супрахиазмооптической области. Постоянная (базальная) секреция ЛГ контролируется аркуатным ядром, а циклическая — супрахиазмооптической областью. В гипоталамусе найден фактор, тормозящий секрецию ЛТГ, но вопрос о регуляции синтеза и выделения этого гормона изучен недостаточно.

В последнее время получены данные, позволяющие считать, что существует единый разрешающий фактор, стимулирующий выделение всех гонадотропных гормонов. Выделение того или иного гонадотропина связано с циклическим повышением чувствительности к РФ структур, в которых происходит синтез ФСГ, ЛГ и ЛТГ.

В первой половине менструального цикла происходит усиление секреции ФСГ, достигающее наивысшего уровня на 7—9-й день цикла. В последующие дни цикла секреция этого гормона несколько снижается и начинает повышаться выделение ЛГ, максимальный уровень которого определяет овуляцию.

Уменьшение внутрисекреторной функции желтого тела совпадает с пиком выделения ЛТГ.

Таким образом, под влиянием последовательного усиления секреции ФСГ, ЛГ и ЛТГ происходят циклические изменения в яичниках: созревание фолликула и синтез фолликулярного (эстрогенного) гормона, овуляция, развитие желтого тела и образование в нем гормона (прогестерона). Отмечая роль гипоталамо-гипофизарной системы в регуляции функции яичников, следует подчеркнуть, что деятельность этой системы контролируется и направляется высшими отделами центральной нервной системы. Циклические изменения в гипоталамо-гипофизарной системе влияют на функции других систем организма.

В связи с периодически изменяющимися раздражениями нервной системы у многих женщин перед менструацией наблюдаются раздражительность, утомляемость и сонливость, сменяющиеся после менструации ощущением бодрости и прилива сил. Перед менструацией отмечаются также повышение сухожильных рефлексов, потливость и другие явления, исчезающие после менструации.

По имеющимся наблюдениям, во время менструации в коре головного мозга происходит быстрая смена процессов возбуждения и торможения, заканчивающаяся более широким распространением последнего. Отмечалось нарушение световой чувствительности зрительного анализатора во время менструации. После менструации все эти изменения проходят.

При нормальном менструальном цикле изменения в нервной системе находятся в пределах физиологических колебаний и не снижают трудоспособности женщин. Во время менструации женщины успешно выпол-

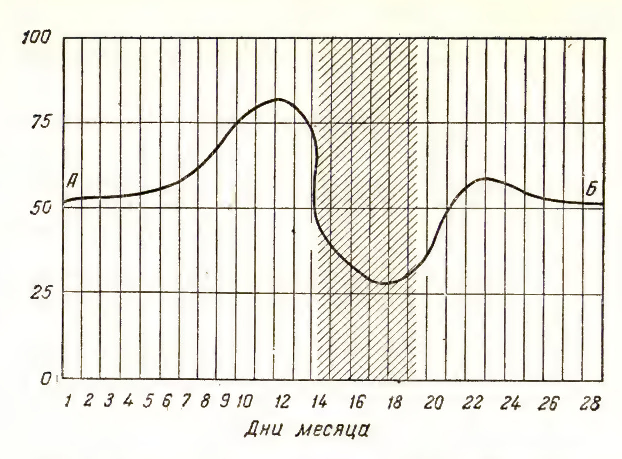


Рис. 3. Кривая напряженности (*АБ*) важнейших жизненных процессов в женском организме — «менструальная волна» (по Д. О. Отту).

няют сложные трудовые процессы, требующие напряжения коры головного мозга.

В течение менструального цикла происходят волнообразные сдвиги (рис. 3) в кровообращении, терморегуляции и обмене веществ, связанные с физиологическим колебанием функций нервной системы. Эти сдвиги впервые были отмечены отечественными авторами Д. О. Оттом, С. С. Жихаревым и др.

В предменструальном периоде наблюдается небольшое учащение пульса, повышение артериального давления, а также температуры тела на несколько десятых градуса (обнаруживается при измерении в прямой кишке); во время менструации пульс несколько замедляется, артериальное давление и температура незначительно понижаются. После менструации все эти сдвиги выравниваются. В связи с менструальным циклом изменяются количество эритроцитов, тромбоцитов и соотношение белковых фракций крови. Перед менструацией количество эритроцитов и гемоглобина нарастает, с началом менструации несколько снижается, но через несколько дней становится нормальным. Непосредственно перед менструацией уменьшается количество тромбоцитов, но оно быстро восстанавливается. За несколько дней до менструации отмечается небольшое повышение общего числа лейкоцитов.

Во время менструации число лейкоцитов несколько снижается, а по окончании ее достигает обычного уровня.

Имеются сообщения о небольшом снижении количества альбуминов и увеличении содержания β- и γ-глобулина во время менструации, а также о нерезко выраженных циклических колебаниях некоторых электролитов в сыворотке крови.

Заметные циклические изменения отмечаются в молочных железах. В предменструальном периоде наблюдается некоторое увеличение их объема, напряжение, иногда ощущение нагрубания, исчезающие после менструации. Изменения эти связаны с тем, что в предменструальном периоде под влиянием гормона желтого тела происходят увеличение и гипертрофия паренхимы молочной железы. После окончания менструации все эти явления исчезают.

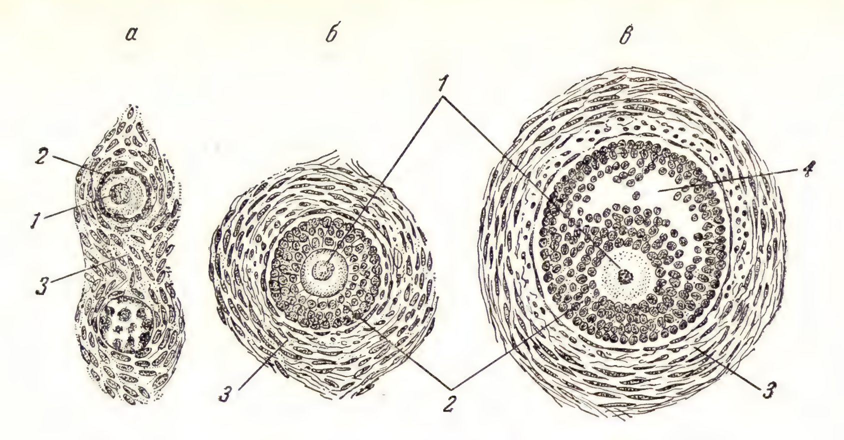


Рис. 4. Стадии развития фолликула.

а — первичные (примордиальные) фолликулы; *б* — начало созревания фолликула; *в* — начальная стадия образования полости в зреющем фолликуле: *1* — яйцеклетка; *2* — фолликулярный эпителий; *3* — соединительнотканная оболочка (theca) фолликула; *4* — полость фолликула.

Отмечаются также изменения в щитовидной железе (некоторое набухание во время менструации) и в коре надпочечников, совпадающие с менструальным циклом.

ЯИЧНИКОВЫЙ ЦИКЛ

Под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза в яичнике возникают ритмически повторяющиеся изменения. Они сводятся к трем фазам: а) развитие фолликула — фолликулярная фаза; б) разрыв созревшего фолликула — фаза овуляции; в) развитие желтого тела — лютеиновая (прогестероновая) фаза.

Развитие фолликула (фолликулярная фаза) (рис. 4). Первичный (примордиальный) фолликул состоит из незрелой яйцеклетки, которая окружена одним слоем эпителиальных клеток (эпителий фолликула); снаружи фолликул окружен соединительнотканной оболочкой. Примордиальные фолликулы образуются во внутриутробном периоде и в раннем детстве. К периоду половой зрелости из 400 000—500 000 первичных фолликулов остается 35 000—40 000, остальные же претерпевают обратное развитие. Из оставшихся первичных фолликулов полностью созревают 450—500, остальные подвергаются физиологической атрезии. Сущность физиологической атрезии, которую впервые описал К. Ф. Славянский, сводится к тому, что фолликул начинает расти, но погибает, не достигнув полного развития, яйцеклетка и окружающий эпителий распадаются и замещаются соединительной тканью.

В первой (фолликулярной) фазе менструального цикла под влиянием ФСГ гипофиза начинается рост одного или нескольких фолликулов, но стадии полного созревания достигает обычно один фолликул (созреванию и функции фолликула содействует также ЛГ). Другие фолликулы, рост которых начался вместе с нормально развивающимися, подвергаются атрезии и обратному развитию.

Процесс созревания фолликула занимает первую половину менструального цикла, т. е. при 28-дневном цикле продолжается 14 дней, а при 21-дневном — 10—11 дней.

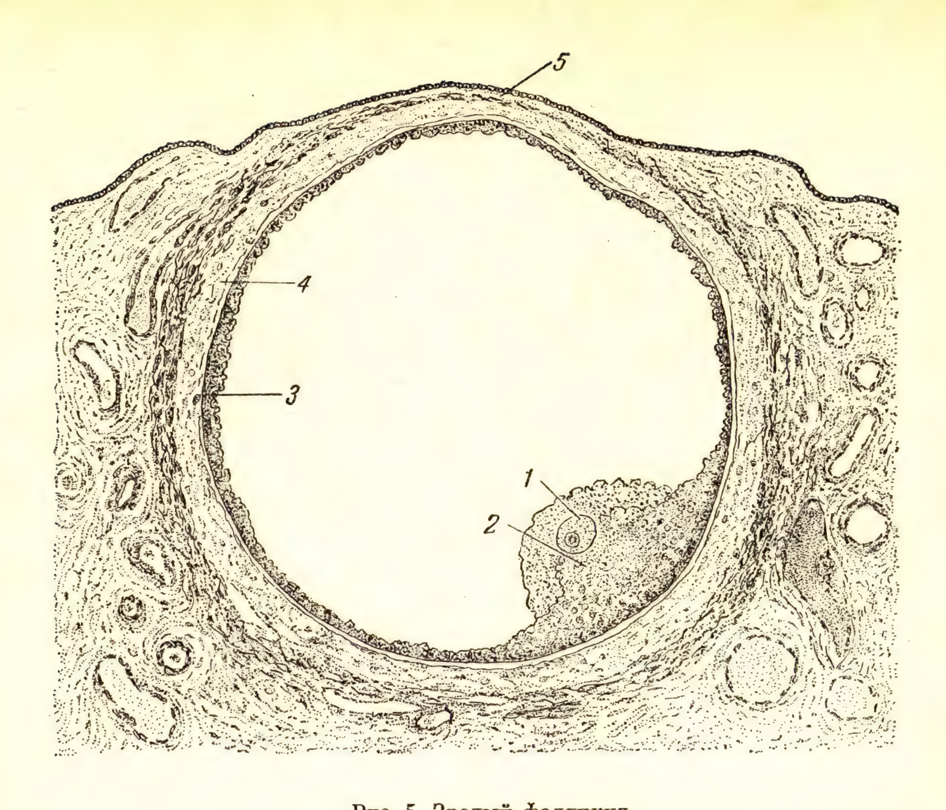


Рис. 5. Зрелый фолликул.

1 — яйцеклетка; 2 — яйценосный холмик; 3 — зернистая оболочка (membrana granulosa folliculi) фолликула; 4 — соединительнотканная оболочка (theca) фолликула; 5 — истончение ткани яичника в области будущего разрыва фолликула.

В процессе развития фолликула существенные изменения претерпевают все составные части его: яйцеклетка, эпителий, соединительнотканная оболочка.

Яйцевая клетка увеличивается в размерах в 5—6 раз, на ее поверхности образуется особая оболочка (zona pellucida), в протоплазме происходят сложные изменения. Окончательное созревание яйцеклетки происходит после двукратного деления. Первое деление — созревательное, при нем образуются две неравные клетки. Основная, бóльшая, клетка остается на месте (маленькая выбрасывается) и вскоре подвергается второму делению, при котором из яйцеклетки выбрасывается половина хромосом. После второго деления, которое называется редукционным, яйцеклетка становится зрелой и пригодной для оплодотворения.

Фолликулярный эпителий в процессе созревания подвергается пролиферации (размножение клеток) — из однослойного становится многослойным и превращается в так называемую зернистую оболочку фолликула (membrana granulosa folliculi). Вначале клетки зернистой оболочки сплошной массой заполняют все пространство между яйцеклеткой и соединительнотканной оболочкой. Затем в центре скопления клеток возникают полости, заполненные жидкостью; впоследствии они сливаются и образуют одну общую полость, заполненную прозрачной жидкостью (фолликулярная жидкость — liquor folliculi). По мере накопления фолликулярной

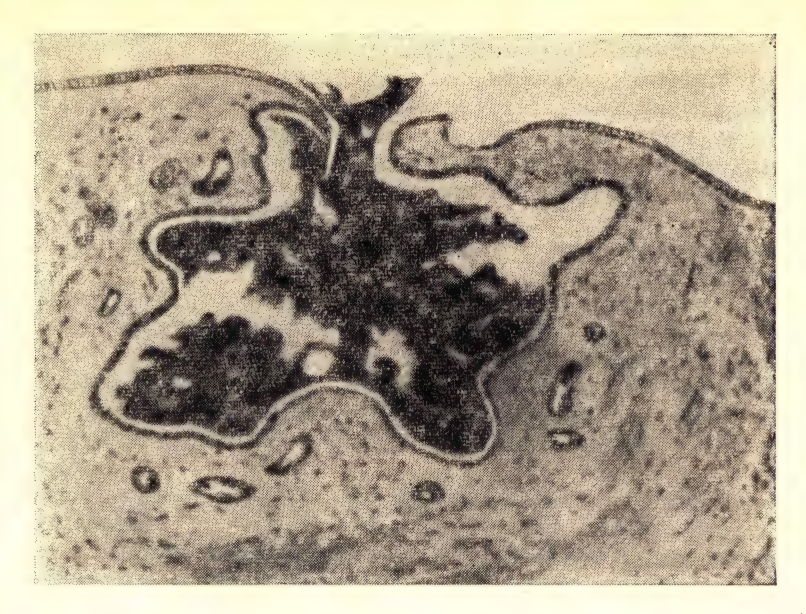


Рис 6. Фолликул непосредственно после разрыва его стенки (овуляции). Стенка фолликула спалась, в полости — кровоизлияние.

жидкости клетки зернистой оболочки, с одной стороны, отодвигаются к яйцу, с другой — к стенке фолликула. Клетки зернистой оболочки, окружающие яйцеклетку, называются «лучистым венцом» (corona radiata); яйцеклетка, окруженная этим лучистым венцом, располагается на скоплении (холмике) из пристеночно расположенных клеток зернистой оболочки. Это скопление клеток носит название яйценосного холмика (comulus ovigerus) (рис. 5).

К моменту созревания фолликула яйцевая клетка отходит от яйценосного бугорка и находится в фолликулярной жидкости.

По мере созревания фолликула развивается его соединительнотканная оболочка (theca folliculi). В ней образуются два слоя: внутренняя, богатая клеточными элементами и капиллярами (tunica s. theca interna) оболочка и наружная волокнистая (tunica s. theca externa) оболочка, содержащая более крупные сосуды.

Фолликулярная жидкость, theca interna и зернистая оболочка содержат эстрогенный (фолликулярный) гормон, оказывающий разностороннее сложное действие на половые органы и весь организм женщины.

Созревающий фолликул увеличивается в размере, где полюс начинает выпячиваться над поверхностью яичника; ткань яичника в этом месте истончается.

Разрыв созревшего фолликула (фаза овуляции). Овуляцией называется процесс разрыва зрелого фолликула и выход из его полости созревшей яйцеклетки, годной к оплодотворению. Яйцеклетка, окруженная лучистым венцом, вместе с фолликулярной жидкостью попадает в брюшную полость, а в дальнейшем в маточную трубу. В полости трубы происходит оплодотворение. Если этот процесс не осуществляется, неоплодотворенная яйцеклетка быстро утрачивает жизнедеятельность (через 12—24 ч) и разрушается.

Овуляция происходит под влиянием нейрогуморальных воздействий. Существует мнение о рефлекторном механизме разрыва фолликула, который обусловлен раздражением нервных элементов яичника растущим фолликулом и воздействием гуморальных (гормональных) факторов на нервные центры. Установлена важнейшая роль гормонов гипофиза и яичников. Овуляция происходит под влиянием комбинированного воздействия гонадотропных гормонов передней доли гипофиза и фолликулярного гормона яичника. Особое значение имеет усиление синтеза и выделение ЛГ (предовуляционный пик ЛГ).

Разрыву фолликула способствует накопление фолликулярной жидкости и истончение слоя ткани яичника, располагающегося над выпячивающимся полюсом фолликула.

Овуляция при 28-дневном цикле происходит обычно на 14-й день (между 13-м и 15-м) от первого дня менструального цикла (при 21-дневном цикле раньше); это время является наиболее благоприятным для оплодотворения.

Развитие желтого тела (лютеиновая фаза). На месте разорвавшегося фолликула образуется новая, очень важная железа внутренней секреции — желтое тело (corpus luteum), продуцирующее гормон прогестерон[1]. Развитие желтого тела происходит под влиянием ЛГ, образованию прогестерона способствует ЛТГ. Желтое тело функционирует при 28-дневном цикле в течение 14 дней (при 21-дневном цикле меньше) и занимает вторую половину цикла — от овуляции до последующей менструации. За 1—2 дня до начала менструации функциональная активность желтого тела снижается.

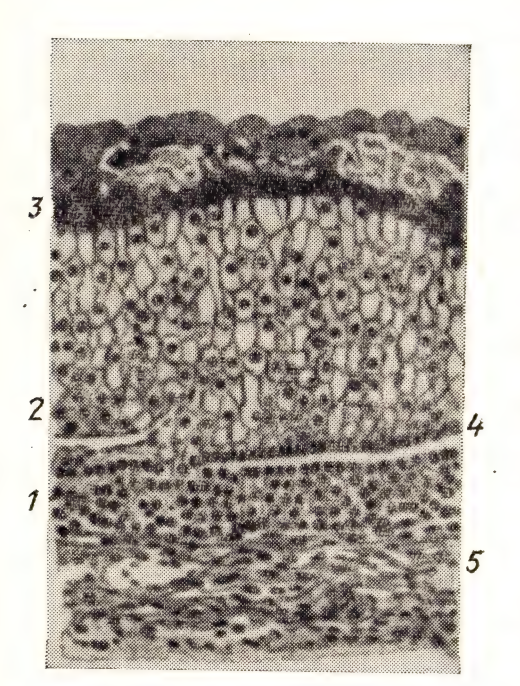


Рис. 8. Строение стенки желтого тела.
1 — theca interna; 2—слой лютеиновых клеток; 3 — свернувшаяся кровь, прилегающая к внутренней поверхности желтого тела; 4 — клетки зернистой оболочки, переходящие в лютеиновые клетки; 5 — theca externa.

Развитие желтого тела из лопнувшего фолликула происходит следующим образом. Фолликул, освободившийся от фолликулярной жидкости и яйцеклетки, спадается, стенки его образуют складки (рис. 6), место разрыва зарастает, в полости возникает небольшой сгусток крови. Клетки зернистой оболочки, выстилающей полость фолликула, усиленно размножаются, увеличиваются в размере, в их протоплазме накапливается липоидное вещество (лютеин), придающее вновь образованной железе внутренней секреции желтый цвет (отсюда название «желтое тело») (рис. 7).

Клетки зернистой оболочки превращаются в лютеиновые клетки желтого тела (рис. 8).

[1] От gestatio — продолжение рода; прогестерон — гормон, подготовляющий организм к беременности, продолжению рода.

Одновременно с превращением клеток зернистой оболочки происходит обильное разрастание сосудистой сети. Сосуды, проникающие из соединительнотканной оболочки, образуют в разросшемся слое лютеиновых клеток богатую сеть капилляров, которая окружает каждую клетку. Развитие сосудов способствует правильному питанию и функции желтого тела, а также резорбции кровяного сгустка из полости фолликула.

Желтое тело в фазе наивысшего развития достигает величины лесного ореха и выступает одним полюсом над поверхностью яичника. Если яйцеклетка, вышедшая из фолликула, оплодотворяется, желтое тело продолжает расти и функционировать в течение первых месяцев беременности. Это — желтое тело беременности (corpus luteum graviditatis). Если же беременность не наступает, то с 28-го дня цикла (при 3-недельном цикле с 21-го дня) начинается обратное развитие желтого тела. При этом происходят гибель лютеиновых клеток, запустевание сосудов и разрастание соединительной ткани; в конечном итоге на месте желтого тела появляется рубец, который впоследствии также исчезает.

Желтое тело образуется при каждом менструальном цикле; если беременность не наступает, оно называется желтым телом менструации (corpus luteum menstruationis).

Гормон желтого тела оказывает сложное влияние на половые органы (главным образом на матку) и на весь организм женщины.

С момента обратного развития желтого тела продукция прогестерона прекращается. В яичнике созревает новый фолликул, снова происходят овуляция и образование желтого тела.

МАТОЧНЫЙ ЦИКЛ

Под влиянием гормонов яичника, образующихся в фолликуле и желтом теле, происходят циклические изменения тонуса, возбудимости и кровенаполнения матки. Однако наиболее выраженные циклические изменения наблюдаются в эндометрии. Сущность их сводится к правильно повторяющемуся процессу пролиферации, последующему качественному изменению, отторжению и восстановлению слоя слизистой оболочки, который обращен к просвету матки. Этот слой, подвергающийся циклическим изменениям, называется функциональным слоем эндометрия. Слой слизистой оболочки, прилегающий к мышечной оболочке матки, циклическим изменениям не подвергается и называется базальным слоем.

Маточный цикл, как и яичниковый, продолжается 28 дней (реже 21 или 30—35 дней). В нем отмечаются следующие фазы: десквамация, регенерация, пролиферация и секреция.

Фаза десквамации проявляется выделением крови, продолжающимся обычно 3—5 дней (менструация). Функциональный слой слизистой оболочки распадается (под влиянием ферментов), отторгается (рис. 9) и выделяется наружу вместе с содержимым маточных желез и кровью из вскрывшихся сосудов. Фаза десквамации эндометрия совпадает с началом гибели желтого тела в яичнике.

Фаза регенерации (восстановления) слизистой оболочки начинается еще в период десквамации и заканчивается к 5—6-му дню от начала менструации (рис. 10). Восстановление функционального слоя слизистой оболочки происходит за счет разрастания эпителия остатков желез, располагающихся в базальном слое, и путем пролиферации других элементов этого слоя (строма, сосуды, нервы). Регенерация обусловлена влия-

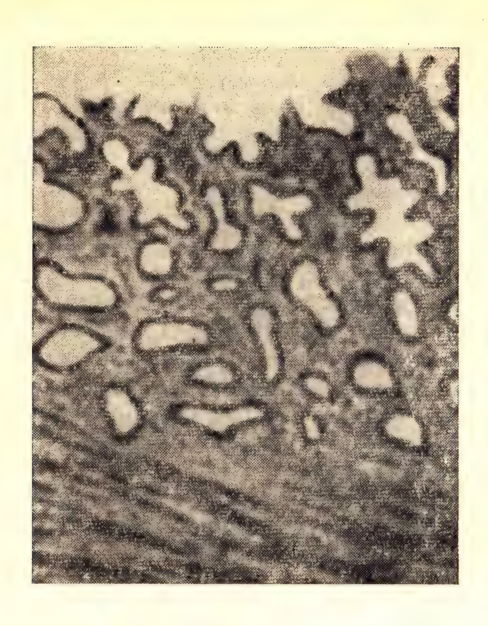


Рис. 9. Заключительная фаза маточного менструального цикла — фаза десквамации. Функциональный слой отторгнут, имеется лишь базальный слой; в верхней части базального слоя экстравазаты.



Рис. 10. Фаза регенерации закончена. Железы немногочисленные, прямые.

нием эстрогенного гормона, образующегося в фолликуле, развитие которого начинается после гибели желтого тела.

Фаза пролиферации эндометрия совпадает с созреванием фолликула в яичнике и продолжается до 14-го дня цикла (при 21-дневном цикле до 10—11-го дня). Под влиянием эстрогенного гормона, воздействующего на нервные элементы и процессы обмена в матке, происходит пролиферация (разрастание) стромы и рост желез слизистой оболочки (рис. 11). Железы вытягиваются в длину, затем штопорообразно извиваются, но секрета не содержат. Слизистая оболочка матки утолщается в этот период в 4—5 раз.

Фаза секреции совпадает с развитием и расцветом желтого тела в яичнике и продолжается с 14—15-го по 28-й день, т. е. до конца цикла.

Под влиянием гормона желтого тела в слизистой оболочке матки происходят важные качественные преобразования. Железы вырабатывают секрет, полость их расширяется; в стенках образуются бухтообразные выпячивания (рис. 12). Клетки стромы увеличиваются и слегка округляются, напоминая децидуальные клетки, образующиеся при беременности. В слизистой оболочке откладываются гликоген, фосфор, кальций и другие вещества.

В результате указанных изменений в слизистой оболочке создаются условия, благоприятные для развития зародыша, если происходит оплодотворение. В конце фазы секреции отмечается серозное пропитывание стромы; появляется диффузная лейкоцитарная инфильтрация функционального слоя. Сосуды этого слоя удлиняются, приобретают спиралевидную форму, в них образуются расширения, возрастает число анастомозов

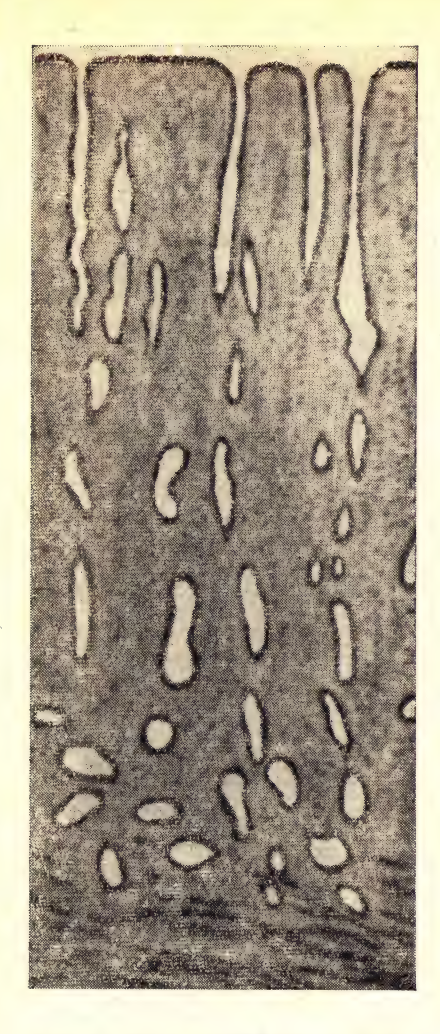


Рис. 11. Фаза пролиферации. Слизистая значительно толще, железы более многочисленны, некоторые из них штопорообразно извиты.

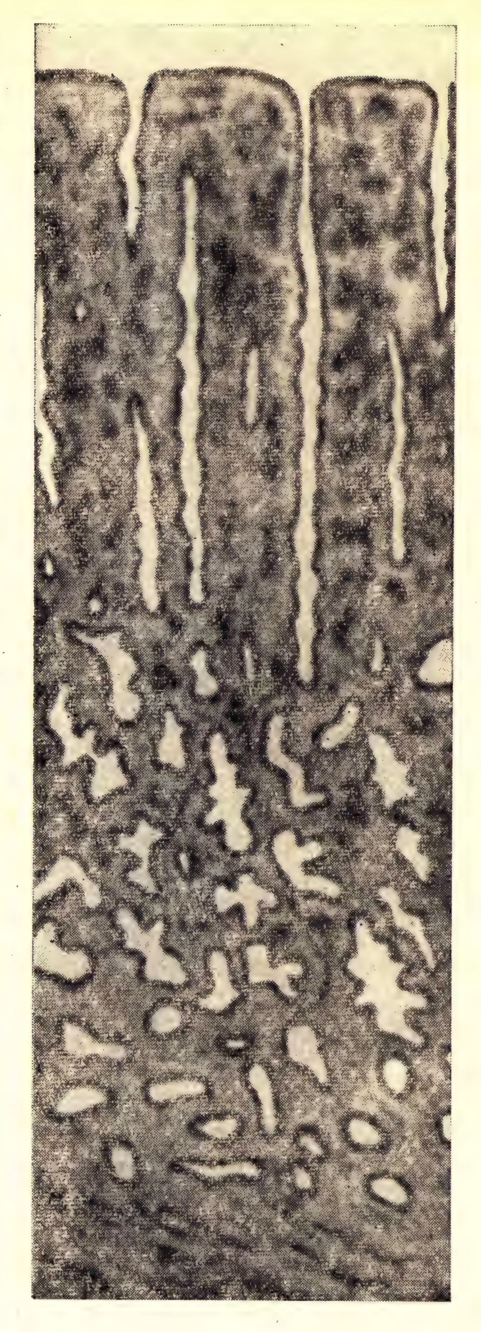


Рис. 12. Конец фазы секреции. Железы сильно развиты, просвет их заполнен секретом; на поперечном срезе железы имеют вид цветка, на продольном — вид зубцов пилы. В строме — экстравазаты.

(непосредственно перед менструацией сосуды суживаются, что способствует возникновению некрозов и десквамации).

Если беременность не наступает, желтое тело погибает, функциональный слой эндометрия, достигший фазы секреции, отторгается и наступает менструация. После этого возникает новая волна циклических изменений во всем организме, яичнике и матке (рис. 13). Вновь повторяются циклические изменения в секреции гонадотропинов, созревание фолликула, ову-

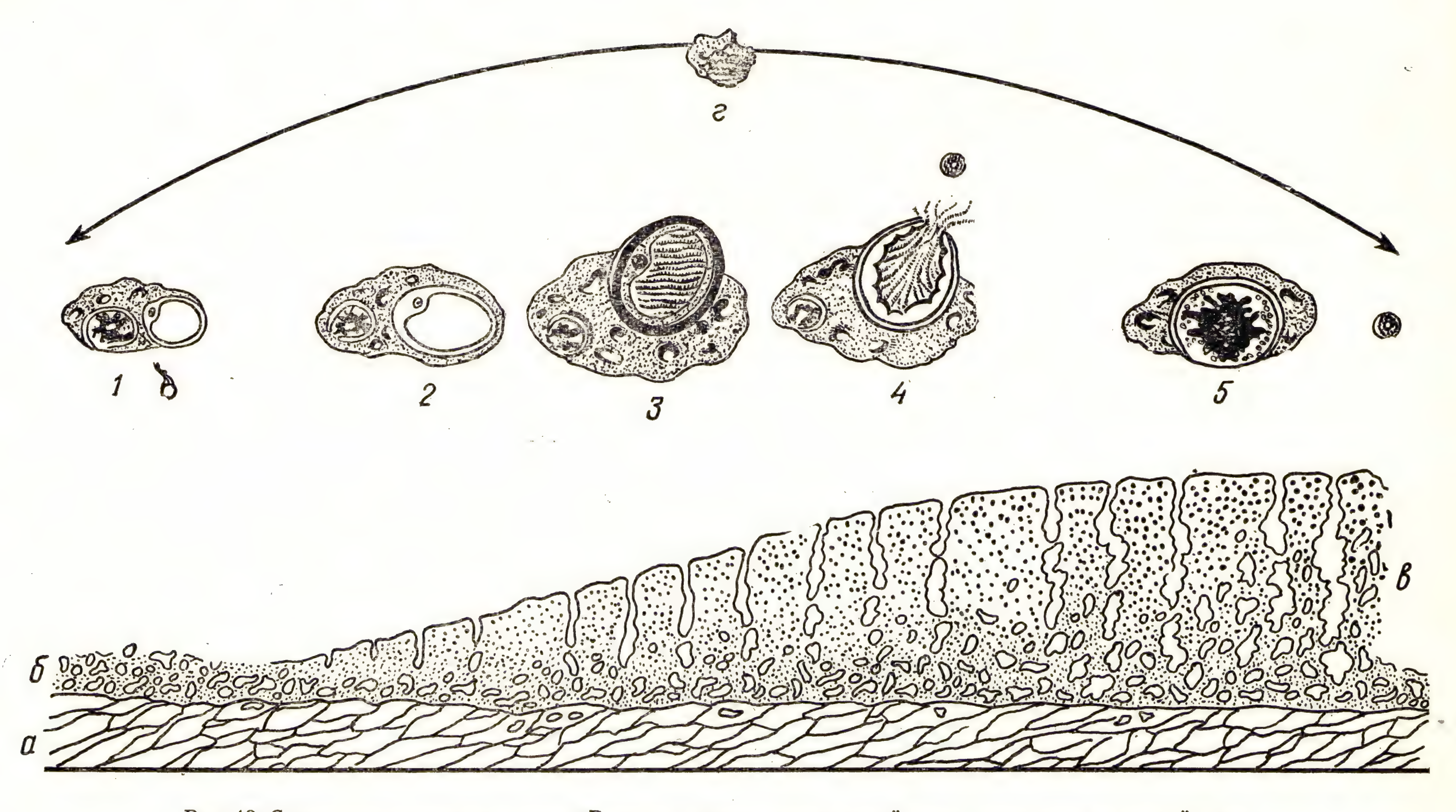


Рис. 13. Схема менструального цикла. Верхняя схема — яичниковый цикл, нижняя — маточный цикл.
1 — обратное развитие желтого тела; 2 — зреющий фолликул; 3 — зрелый фолликул; 4 — овуляция; 5 — желтое тело. Маточный цикл: а — мышечный слой; б — базальный слой; в — функциональный слой; г — гипофиз.

ляция, развитие желтого тела в яичнике и соответствующие превращения в оболочке матки.

Описаны циклические изменения в шейке матки, влагалище и других отделах полового аппарата, но они выражены менее отчетливо по сравнению с яичниками и эндометрием. Циклические изменения в шейке матки касаются главным образом деятельности желез слизистой оболочки шеечного канала. В первой половине цикла они начинают вырабатывать прозрачную слизь, количество которой особенно возрастает ко времени овуляции. Слизистый секрет шеечных желез обладает пониженной вязкостью, что способствует проникновению сперматозоидов в матку и трубы. В период развития и функциональной активности желтого тела секреторная функция желез слизистой оболочки шеечного канала подавляется. Отмечены циклические изменения в содержании солей, электропроводимости секрета желез шейки матки.

В трубах наблюдаются нерезко выраженные циклические изменения: некоторое утолщение слизистой оболочки в первой фазе цикла и выделение клетками эпителия секрета (содержащего белки и гликоген) в лютеиновой (прогестероновой) фазе цикла. Циклические изменения в слизистой оболочке влагалища в основном сводятся к чередующимся процессам пролиферации эпителия и десквамации его поверхностных слоев. В первой половине цикла происходит пролиферация эпителиальных элементов, а к периоду овуляции — отторжение поверхностных клеток плоского многослойного эпителия. В течение второй половины цикла наблюдается возобновление пролиферативных процессов в эпителии влагалища с последующей десквамацией. Применение специальных методов окраски и гистологическое изучение отторгающихся клеток слизистой оболочки влагалища позволяют судить о циклических процессах в яичниках.

Указанные циклические изменения повторяются через правильные промежутки времени в течение половой зрелости женщины. Прекращение циклических процессов происходит в связи с такими физиологическими процессами, как беременность и кормление грудью. Нарушение менструальных циклов наблюдается и при патологических условиях (тяжелые заболевания, психические травмы, неполноценное питание и т. д.).

Таким образом, циклические изменения кратко сводятся к следующему.

1. В результате гуморальных и рефлекторных воздействий, исходящих из половых органов в разные фазы цикла, изменяются процессы возбуждения и торможения в центральной нервной системе (в пределах физиологических колебаний). В соответствии с этим происходят волнообразные колебания температуры тела, артериального давления, содержания форменных элементов крови и т. д. Циклическое снижение содержания половых гормонов (эстрогены, прогестерон) стимулирует деятельность структур гипоталамуса, вырабатывающих нейросекрет (РФ), который способствует выделению ФСГ и ЛГ. При снижении в крови эстрогенного гормона усиливается выделение ФСГ, при уменьшении прогестерона — ЛГ.

2. Гипофиз, деятельность которого регулируется гипоталамусом, вырабатывает гонадотропные гормоны, стимулирует рост, развитие и эндокринную функцию фолликула и желтого тела.

3. Под воздействием фолликулярного (эстрогенного) гормона яичника в эндометрии совершается фаза пролиферации; гормон желтого тела (прогестерон) вызывает секреторную трансформацию слизистой оболочки.

4. Если беременность не наступает, желтое тело претерпевает обратное развитие, функциональный слой слизистой оболочки подвергается десквамации (менструация) и начинается новый менструальный цикл.

ГИГИЕНА МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

Менструация представляет собой клиническое проявление менструального цикла, его заключительную фазу. Продолжительность нормальной менструации 3—5 дней, не более 7 дней. Во время каждой менструации теряется 50—100 мл крови. Менструальная кровь содержит значительную примесь секрета маточных желез и распадающиеся частицы функционального слоя эндометрия. Обычно менструальная кровь не свертывается, что объясняется наличием в ней ферментов, и имеет более темный цвет, чем кровь, циркулирующая в сосудах.

Менструация — явление нормальное, однако изменения, наблюдаемые в этом периоде в организме, требуют тщательного соблюдения правил гигиены. Во время менструации женщина может выполнять обычную работу, но должна избегать переутомления, значительного физического напряжения, охлаждения и перегревания тела.

Во время менструации в связи с отторжением функционального слоя в матке образуется раневая поверхность. Занесение патогенных микроорганизмов и инфицирование этой поверхности может вызвать воспаление матки, маточных труб, яичников и брюшины таза. Поэтому необходимо гигиеническое содержание всего тела и наружных половых органов.

Во время менструации женщина должна пользоваться специальными ватно-марлевыми прокладками, впитывающими кровь. Наружные половые органы необходимо утром и вечером обмывать теплой кипяченой водой с мылом. В период менструации запрещаются половые сношения и спринцевания, так как при этом возможно инфицирование раневой поверхности матки.

При менструации рекомендуется принимать душ, а не ванну: загрязненная вода из ванны может попасть во влагалище. Очень важно своевременное опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки.

На производствах существуют специальные кабинеты, где имеются приспособления для гигиенических процедур, что особенно важно в период менструации.

ГОНАДОТРОПНЫЕ И ЯИЧНИКОВЫЕ ГОРМОНЫ

Гонадотропные гормоны. В передней доле гипофиза образуются гонадотропные, адренокортикотропный гормоны, лактогенный (пролактин), или лютеотропный, гормон, гормон роста и др.

Установлено, что гонадотропные гормоны гипофиза обусловливают развитие и функцию яичников. Удаление гипофиза у половозрелых животных вызывает прекращение эндокринной и генеративной функций яичников с последующей атрофией половых органов; у животных, подвергнутых этой операции в неполовозрелом возрасте, половое созревание не наступает. Пересадка же ткани передней доли гипофиза неполовозрелым животным ведет к преждевременному половому созреванию.

ФСГ гипофиза способствует развитию (созреванию) фолликула и продукции фолликулярного (эстрогенного) гормона. ЛГ стимулирует развитие желтого тела, а ЛТГ (пролактин) — секрецию гормона желтого тела (прогестерона). ФСГ и ЛГ сецернируются в передней доле гипофиза одновременно, но в разных соотношениях: в первой половине цикла преобладает ФСГ, во второй — ЛГ, а также ЛТГ. Имеются указания, что развитие фолликула и желтого тела происходит под влиянием ФСГ и ЛГ, которые воздействуют одновременно, но в разных соотношениях.

Гонадотропные гормоны влияют через яичник на эндометрий. Гормоны фолликула и желтого тела, образовавшиеся под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза, вызывают циклические изменения в эндометрии (фолликулярный гормон — пролиферацию, гормон желтого тела — секрецию). Прямого действия на эндометрий гонадотропные гормоны не оказывают; слизистая оболочка матки кастрированных животных на введение указанных гормонов не реагирует.

Между передней долей гипофиза и яичниками существует не односторонняя связь, а сложное взаимодействие, осуществляемое через гипоталамус.

На гипофиз, стимулирующий функцию яичников, в свою очередь влияют (через гипоталамус) гормоны фолликула и желтого тела.

Возрастающая продукция фолликулярного гормона (в созревающем фолликуле) тормозит секрецию ФСГ гипофиза. При этом усиливается секреция ЛГ, необходимого для овуляции и последующего развития желтого тела. Усиливающаяся секреция гормона желтого тела задерживает образование ЛГ. Понижение секреции этого гормона ведет к усилению секреции ФСГ, в связи с чем в яичнике начинается новый цикл.

Таким образом, происходит усиление секреции то ФСГ, то ЛГ: периодическая смена гонадотропных гормонов в свою очередь вызывает циклические изменения в яичниках.

Взаимодействие гормонов гипофиза и яичника осуществляется через нервную систему, в особенности при помощи вегетативных центров, заложенных в гипоталамической области.

Во время беременности в организме женщины возникает новый мощный источник секреции гонадотропных гормонов — хорион. Уже в первые недели беременности в нем образуется большое количество хорионического гонадотропина, который оказывает лютеинизирующее действие. После сформирования плаценты гонадотропный гормон образуется в эпителиальном покрове ворсин (в цитотрофобласте). Хорионический (плацентарный) гонадотропин поступает в кровяное русло беременной и выводится с мочой. На этом свойстве мочи беременных основаны методы ранней диагностики беременности (реакция Ашгейма — Цондека на мышах, иммунологическая реакция и др.). С развитием беременности (после IV мес) гонадотропная активность плаценты понижается. После родов выделение гонадотропных гормонов резко падает и по истечении 10—15 дней они в моче не определяются.

Гормоны яичника (женские половые гормоны). Гормоны фолликула и желтого тела называются женскими половыми (сексуальными) гормонами. Они относятся к группе стероидных гормонов, близки по своей химической структуре к мужским половым гормонам и к гормонам коры надпочечников.

Важнейшим исходным веществом для образования стероидных гормонов (в том числе и половых) в организме является холестерин.

Фолликулярный гормон. Гормон, продуцируемый фолликулом, и близкие к нему по строению и действию вещества называются эстрогенами [1].

Выделены в чистом виде и хорошо изучены эстрадиол, эстрон и эстриол. Эти эстрогены близки по химическому строению, но физиологическая активность их не одинакова. Большей активностью обладает эстрадиол,

---

[1] Название связано со способностью гормона вызывать течку (oestrus) у кастрированных животных (мышей, крыс).

который представляет собой первичный гормон, образующийся в фолликуле яичника. Эстрон обнаружен в яичнике и коре надпочечника; ему свойственна высокая физиологическая активность, приближающаяся к активности эстрадиола. Эстриол менее активен в течение менструального цикла, его физиологическое значение очень велико при беременности.

В организме происходят переход эстрадиола в эстрон и обратная реакция. Установлено, что эстрон переходит в эстриол, причем данная фаза метаболизма эстрогенов необратима.

Эстрогенные гормоны образуются в яичнике; другим источником образования эстрогенов является кора надпочечников. Кроме кортикостероидных гормонов, в коре надпочечников образуются эстрон, прогестерон и андрогены (вещества, обладающие действием мужских половых гормонов)[1].

Во время беременности в организме женщины возникает новый источник продукции эстрогенов — плацента. Продукция эстрогенов в плаценте начинается с 10—11-й недели и резко усиливается во второй половине беременности.

Эстрогенные гормоны, образовавшиеся в яичнике, надпочечнике и плаценте, поступают в кровь и выводятся с мочой.

Биологические активные вещества, действующие подобно эстрогенным гормонам, найдены в яйцах птиц и рыб, в некоторых растениях, смолах и лечебных грязях.

Биологические свойства эстрогенов. Эстрогенные гормоны оказывают на организм сложное действие, заключающееся в следующем.

1. Эстрогены способствуют развитию вторичных половых признаков, матки и других отделов половой системы в период полового созревания, а также формированию скелета по женскому типу.

2. Эстрогены вызывают гиперемию половых органов и усиление обмена веществ. Повышение интенсивности процессов обмена ведет к усилению пролиферации клеточных элементов. Поэтому под влиянием эстрогенов происходят: а) гиперплазия мышечных элементов матки в период полового созревания; б) пролиферация функционального слоя эндометрия в первой (фолликулиновой) фазе менструального цикла; в) пролиферация выводных протоков молочных желез; г) размножение клеток эпителиального покрова слизистой оболочки влагалища.

3. Под влиянием эстрогенов в матке усиливается синтез сократительного мышечного белка, увеличивается количество фосфорных соединений и гликогена, являющихся источником энергии, происходят сдвиги в обмене электролитов. Все эти изменения способствуют повышению тонуса, возбудимости и сократительной деятельности матки.

4. Эстрогены вызывают спонтанные сокращения матки (и маточных труб) и повышают чувствительность миометрия к веществам, возбуждающим моторную функцию матки (например, к питуитрину).

5. Эстрогены участвуют в формировании полового чувства, являющегося сложнейшим процессом, который регулируется центральной нервной системой.

6. Избыток эстрогенов угнетает выделение ФСГ гипофиза, вызывает задержку менструации и чрезмерную гиперплазию эндометрия с кистозным расширением желез.

---

[1] Эстрогены, прогестерон и андрогены образуются в надпочечниках особей мужского и женского пола.

Препараты эстрогенных гормонов применяются при нарушениях менструального цикла, климактерических расстройствах, для возбуждения родовой деятельности. Они противопоказаны при любых опухолевых заболеваниях, мастопатии.

С лечебной целью используют также препараты натуральных эстрогенных гормонов и синтетические заменители, действующие так же, как и натуральные эстрогены. К натуральным эстрогенным препаратом относятся эстрон, эстрадиол.

Применяются масляные растворы эстрона и эстрадиол-дипропионата или эстрадиол-бензоната, выпускаемые в ампулах или таблетках. В ампуле (в 1 мл) содержится 1 или 0,5 мг кристаллического гормона; активность 1 мг эстрона равняется 10 000 ЕД[1], активность эстрадиола почти вдвое выше. Применяется также этинилэстрадиол (микрофоллин) и другие препараты, в том числе синтетические заменители — диэтилстильбэстрол, синэстрол, октэстрол и др. с учетом их активности.

Синэстрол и диэтилстильбэстрол выпускаются в ампулах (для инъекций) и в таблетках (для внутреннего употребления). Активность 1 мг синэстрола равна 10 000 ЕД, диэтилстильбэстрола — 20 000 ЕД. Эти препараты противопоказаны при заболеваниях печени и почек.

Гормон желтого тела — прогестерон. Прогестерон образуется в желтом теле яичника. Секреция его нарастает по мере развития желтого тела и достигает наивысшего уровня в период функционального расцвета этой железы внутренней секреции. Перед менструацией выделение прогестерона падает. Прогестерон образуется также в коре надпочечников.

Во время беременности прогестерон образуется в плаценте. Синтез прогестерона в ней усиливается с IV мес беременности, когда понижается внутрисекреторная активность желтого тела в яичнике. Таким образом, угасающая функция регрессирующего желтого тела беременности постепенно заменяется эндокринной функцией плаценты. Продукция прогестерона в плаценте нарастает и достигает наивысшего уровня в последние месяцы беременности. Перед родами выделение прогестерона уменьшается.

Биологические свойства прогестерона. Прогестерон вызывает в организме изменения, способствующие возникновению и развитию беременности.

1. Под влиянием прогестерона в эндометрии происходят сложные процессы, в результате которых наступает фаза секреции (прегравидарное состояние слизистой оболочки матки). Секреторные превращения эндометрия необходимы для имплантации и развития плодного яйца. Специфическое действие прогестерона на эндометрий (секреторная трансформация) осуществляется после предварительного влияния эстрогенного гормона, вызвавшего процесс пролиферации.

2. Прогестерон понижает возбудимость и чувствительность к некоторым веществам, возбуждающим сократительную деятельность миометрия. Понижение возбудимости и чувствительности матки к сокращающим веществам способствует сохранению и развитию беременности. Прогестерон вызывает расслабление (релаксация) маточной мускулатуры, что ведет к гипертрофии и гиперплазии мышечных волокон беременной матки.

3. Гормон желтого тела стимулирует развитие паренхимы (ацинозная часть) молочных желез и подготовляет их к секреторной деятельности.

---

[1] ЕД — минимальное количество гормона, вызывающее течку у кастрированной мыши.

4. Прогестерон тормозит продукцию лютеинизирующего гормона гипофиза и задерживает развитие фолликулов в яичнике. Оно происходит после обратного развития желтого тела.

Препараты гормона желтого тела используются при угрожающем выкидыше, маточных кровотечениях, связанных с нарушением процесса овуляции, и других расстройствах менструальной функции. С лечебной целью применяется гормон желтого тела — прогестерон, который выпускается в ампулах (в масляном растворе) по 5 мг и вводится внутримышечно. По биологическим свойствам с прогестероном сходен оксипрогестеронкапронат, который применяется внутримышечно в масляном растворе. Препарат назначается в дозе 0,125—0,25 г (1—2 мл 12,5% раствора). После однократной внутримышечной инъекции действие препарата продолжается 7—12 дней.

К стр. 22

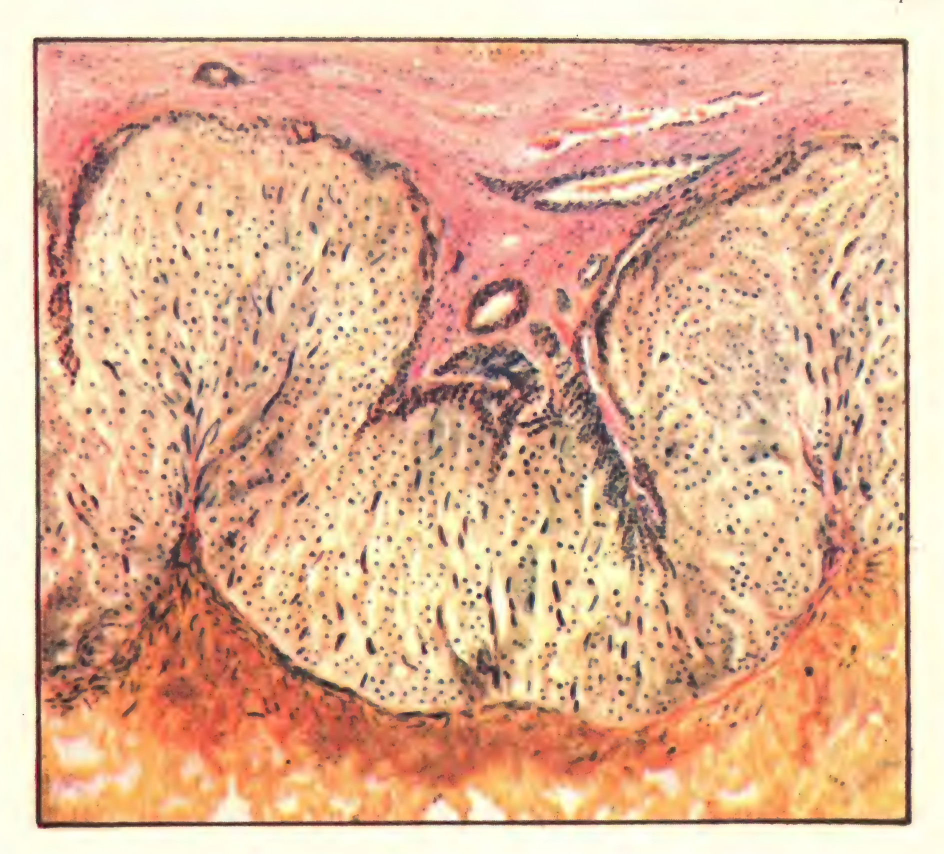


Рис. 7. Желтое тело в стадии расцвета (большое увеличение).

К стр. 74

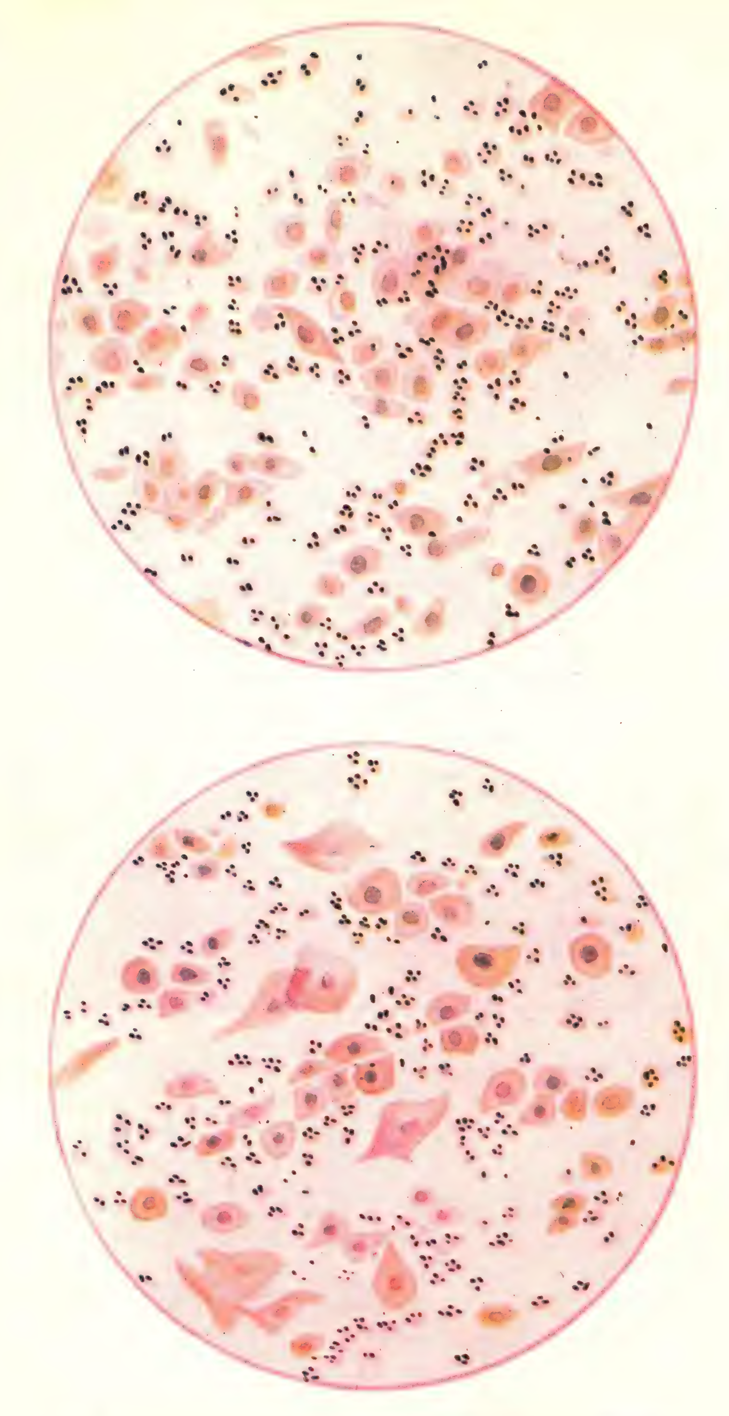


Рис. 38. Цитологическая картина влагалищного содержимого.
а — первая реакция; *б* — вторая реакция;

ГЛАВА II

ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ И ДИАГНОСТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Распознавание гинекологических заболеваний производится на основании данных анамнеза и объективного исследования.

Исследование гинекологических больных производится по определенной системе, которая помогает выявить главные факты и учесть все детали, способствующие правильному распознаванию заболевания. Система обследования гинекологических больных имеет целью последовательное изучение анатомических особенностей и функций полового аппарата женщины. Однако правильная диагностика, а следовательно, и рациональное лечение гинекологических заболеваний осуществимы только при условии исследования всего организма женщины.

Половые органы женщины связаны со всеми органами и системами и функции их находятся во взаимной зависимости. Инфекционные заболевания, болезни сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной, эндокринной и других систем отражаются на важнейших функциях полового аппарата женщины. Болезни половых органов также влияют на функции других органов и систем и на состояние организма в целом. Поэтому обязательным компонентом обследования больных, страдающих гинекологическими заболеваниями, является применение общеизвестных методов исследования органов кровообращения, дыхания, нервной системы, применение лабораторных, рентгенологических и других вспомогательных методов.

СИСТЕМА ОПРОСА (АНАМНЕЗ) ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Исследование гинекологических больных начинается с опроса, имеющего целью: а) выяснить субъективные симптомы данного заболевания (жалобы); б) получить сведения о предшествовавшей жизни и перенесенных заболеваниях (anamnesis vitae); в) выяснить развитие настоящего заболевания (anamnesis morbi).

Систематически произведенный опрос и правильная оценка полученных данных во многих случаях позволяют поставить предположительный диагноз и сосредоточить внимание на необходимых в данном случае специальных методах исследования. Окончательный диагноз устанавливается после объективного исследования на основании учета результатов всех применяющихся методов исследования.

Опрос производится по следующему плану:

1. Паспортные данные, среди которых особое внимание обращают на возраст больной.

2. Жалобы, побудившие больную обратиться к врачу.

3. Наследственность, перенесенные заболевания (болезни детского возраста, инфекционные, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, желез внутренней секреции, перенесенные гинекологические заболевания), заболевания мужа.

4. Характер функций половой системы: а) менструальной; б) половой; в) детородной (репродуктивно-генеративной); г) секреторной. Одновременно выясняются функции мочевыводящих путей и кишечника, которые связаны с половыми органами в анатомическом и функциональном отношениях.

5. Наличие белей и их характер.

6. Условия быта и труда.

7. Развитие настоящего заболевания.

8. Подведение итогов, установление предположительного диагноза.

Возраст. Вопрос о возрасте имеет непосредственное отношение к распознаванию гинекологических заболеваний. Известно, что функции, а также анатомические особенности половых органов подвергаются возрастным изменениям. В связи с этим некоторые данные, представляющие нормальное явление для одного возраста, могут иметь патологическое значение для другого. Например, аменорея в детском и старческом возрасте — физиологическое явление, а в период половой зрелости она свидетельствует о глубоких нарушениях в организме (если прекращение менструации не связано с беременностью и лактацией).

Один и тот же симптом в разные периоды жизни женщины может быть проявлением различных заболеваний. Например, кровотечение из половых путей в период полового созревания и увядания половых функций обычно связано с недостаточностью или нарушением гормональной функции яичников. В период половой зрелости причиной кровотечения могут быть аборт, миомы, воспалительные и другие заболевания. В старческом возрасте наиболее частой причиной кровотечения бывают злокачественные новообразования.

Нарушение секреции половых органов (бели) в юношеском возрасте нередко бывает связано с общими истощающими заболеваниями (туберкулез и др.), в молодом — с воспалительными процессами, в переходном и старческом возрасте — со злокачественными новообразованиями.

Наконец, различные заболевания половых органов нередко свойственны определенному периоду жизни женщины. Аномалии развития половых органов обычно выявляются в период полового созревания. Воспалительные заболевания в большинстве случаев возникают в период половой зрелости, когда женщина начинает жить половой жизнью. Миома матки возникает чаще всего в стадии расцвета половой функции женщины. В период половой зрелости возникают опухоли яичников, неправильные положения матки, а также травмы половых и соседних органов, связанные чаще всего с патологическими родами. В переходный период развиваются нарушения менструальной функции и ряд общих расстройств с преобладанием ангионевротических явлений.

Жалобы. После получения общих сведений о больной (возраст, профессия, местожительство и т. д.) следует выяснить жалобы, заставляющие ее обратиться к врачу.

При исследовании целесообразно ограничиться выяснением основных симптомов без детализации их характера, возникновения и развития.

Симптомы гинекологических заболеваний и развитие их раскрываются последовательно и в полной мере при ознакомлении с основными функциями половой системы женщины (менструальная, половая, детородная, секреторная).

Наследственность. В процессе опроса гинекологических больных выявляются сведения о семейных заболеваниях, которые оказывают неблагоприятное влияние на развитие плода (неполноценное развитие, низкая сопротивляемость неблагоприятным условиям среды) или передаются наследственным путем. При оценке полученных данных необходимо помнить, что: а) наследственные качества формируются у предков под влиянием внешней среды и в соответствии с ней; б) наследственные признаки возникают при условиях, определяющих изменение характера обмена веществ, необходимого для их реализации в эмбриогене. Установлена возможность предупреждения неблагоприятных наследственных признаков путем воздействия на соответствующий вид обмена веществ. Таким образом, наследственное предрасположение не определяет неизбежности заболевания; возникновению его способствуют неблагоприятно действующие факторы (инфекция, интоксикация, нарушение условий питания, перенапряжение нервной системы и т. д.). Выявляются также данные об инфекционных, психических заболеваниях, алкоголизме, злокачественных новообразованиях, болезнях крови и обмена веществ.

Перенесенные заболевания. Заболевания, перенесенные в детском возрасте и в период полового созревания, могут иметь неблагоприятные последствия в отношении развития и функций половых органов. Так, последствием тонзиллита, свинки, кори может явиться инфантилизм в связи с неблагоприятным влиянием указанных заболеваний на нервную и эндокринную системы. Дифтерия при соответствующей локализации процесса может вызвать стеноз влагалища. Заболевание почек как осложнение скарлатины отягощает течение беременности и часто служит показанием к ее прерыванию.

Туберкулез и малярия в детстве и в период полового созревания, нередко приводят к задержке развития всего организма и, в частности, половых органов. Отставание физического и полового развития может возникнуть в связи с частыми ангинами, катарами верхних дыхательных путей в детском возрасте. Это обусловлено хронической интоксикацией и гипоксией, которые возникают при указанных заболеваниях.

Выяснение перенесенных заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, легких, желез внутренней секреции имеет большое значение для прогноза беременности и родов, выбора метода лечения гинекологических заболеваний и способа обезболивания при необходимости хирургического вмешательства.

Перенесенные ранее гинекологические заболевания должны быть выяснены детально потому, что они могут быть непосредственно или косвенно связаны с настоящим заболеванием женщины.

Заболевания мужа. Ознакомление с заболеваниями мужа имеет значение главным образом для выяснения возбудителя воспалительных заболеваний женских половых органов. В этом отношении представляют интерес гонорея, которая передается половым путем, а также трихомонадные заболевания. Ввиду того что больная может не ответить на прямо поставленный вопрос, следует выяснить наличие у мужа уретрита, орхита и т. д. Данные о заболевании мужа туберкулезом могут иметь известное значение в отношении установления диагноза генитального туберкулеза. Выяснение здоровья мужа способствует уточнению причин бесплодного брака.

ХАРАКТЕР ФУНКЦИЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Менструальная функция. Менструальная функция характеризует состояние половой системы и всего организма женщины. Нарушения менструальной функции могут возникнуть на почве изменений, связанных как с экстрагенитальными, так и гинекологическими заболеваниями. Поэтому изучение менструальной функции имеет большое значение для диагностики гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.

При опросе выявляются следующие данные: а) в каком возрасте появились первые менструации и каков был их характер (болезненность, степень кровопотери, продолжительность); б) через какой промежуток времени они установились; в) тип менструации (3- или 4-недельный цикл, продолжительность, количество теряемой крови, наличие болей и др.); г) изменился ли тип менструации после начала половой жизни, после родов и абортов; д) характер менструации во время настоящего заболевания; е) когда была последняя менструация. Если больная в климактерическом возрасте, необходимо выяснить особенности менструальной функции данного периода жизни.

Известно, что менструации начинаются чаще всего в возрасте 13—14 лет, устанавливаются сразу или через несколько месяцев, повторяются каждые 4 или 3 нед.

Нормальные менструации продолжаются 3—5 дней (до 7 дней), характеризуются выделением темноватой жидкости крови, отсутствием значительной болезненности и общих расстройств.

Появление менструаций на 16-м году и позднее, болезненность их, а также длительный срок, прошедший от наступления первых менструаций до установления нормального цикла (выше 5—6 мес), характерны для инфантилизма или гипоплазии половых органов.

Нарушение менструации после начала половой жизни чаще всего является признаком воспаления эндометрия и придатков матки. Изменения типа менструации после родов или абортов также чаще связаны с воспалительными заболеваниями или с изменением функции желез внутренней секреции и другими нарушениями общего характера.

При некоторых гинекологических заболеваниях (доброкачественные опухоли яичников, субсерозные миомы матки в начальной стадии и др.) менструальная функция не нарушается. Однако многие гинекологические заболевания (воспалительные процессы матки и злокачественные новообразования, неправильные положения, аномалии развития половых органов и др.) сопровождаются теми или иными расстройствами менструальной функции. Аномалии этой функции нередко возникают на почве экстрагенитальных заболеваний или нарушения функций важнейших систем и органов без анатомических изменений в половых органах.

Расстройства менструальной функции клинически проявляются различно: в форме аменореи и гипоменструального синдрома, меноррагии, матроррагии, альгодисменореи и др.

А м е н о р е я (отсутствие менструаций) до полового созревания, в старческом возрасте, во время беременности и лактации представляет собой физиологическое явление. Аменорея в период половой зрелости — патология.

Патологическая аменорея часто является симптомом нарушений со стороны нервной и эндокринной систем, резко выраженного инфантилизма, интоксикаций, расстройства питания, инфекционных и некоторых гинекологических заболеваний.

Гипоменструальный синдром (ослабление, укорочение и урежение менструаций) возникает в основном при тех же заболеваниях и расстройствах, которые являются причиной аменореи.

Меноррагия — кровотечения, связанные с менструальным циклом (циклические). В клинической картине многих гинекологических заболеваний видное место занимают расстройства менструального цикла типа меноррагий. Существуют следующие типы меноррагий: а) увеличение количества теряемой крови (гиперменорея); б) увеличение продолжительности менструаций (полименорея); в) нарушение ритма в сторону укорочения его (пройоменорея). Нередко эти расстройства сочетаются.

Меноррагия является частым симптомом патологических процессов, нарушающих сократительную деятельность матки (миома, гипоплазия матки и др.), воспалительных заболеваний половых органов.

Причиной возникновения меноррагии при воспалительных заболеваниях могут быть: а) гиперемия (в острой стадии); б) нарушение процесса заживления раневой поверхности матки (регенерация функционального слоя слизистой оболочки); в) инфильтраты и спайки, нарушающие интенсивность сокращений матки.

Причиной меноррагии иногда могут быть неправильные положения матки, главным образом ретродевиация (ретрофлексия, ретроверзия).

Меноррагия может возникнуть при заболеваниях, сопровождающихся застоем крови в органах малого таза, при болезнях крови, инфекционных заболеваниях (нарушение проницаемости капилляров), гиповитаминозах, психических аффектах (перераспределение крови, гиперемиях половых органов) и т. д.

Метроррагия, т. е. кровотечения, не связанные с менструальным циклом (ациклические), наблюдаются при подслизистой миоме матки (особенно при рождении узла), полипах шейки и тела матки, раке шейки и тела матки. Для рака шейки матки особенно характерны кровянистые выделения в межменструальном периоде у пожилых женщин и контактные кровотечения (после полового акта, влагалищного исследования и др.)

Воспалительные заболевания в острой стадии могут быть причиной метроррагии в случае поражения базального слоя эндометрия.

Альгоменорея (болезненная менструация) является нередкой жалобой женщины, обращающихся к гинекологу. Обычно боли бывают перед менструацией или в течение первого дня ее. Некоторые женщины ощущают боль в течение всего периода менструации. Боли нередко сопровождаются общим недомоганием и рядом симптомов, присущих вегетоневрозу. Болезненные менструации наблюдаются у женщин возбудимых или неуравновешенных, с признаками инфантилизма, астении, интерсексуальности. Альгоменорея часто возникает при эндометриозе, недоразвитии полового аппарата. Болезненная менструация нередко бывает симптомом воспалительных заболеваний придатков матки и тазовой брюшины.

Половая функция. Нарушения половой функции могут наблюдаться при ряде функциональных расстройств и гинекологических заболеваний. Эта часть анамнеза, относящаяся к интимной жизни, требует от врача величайшего такта.

Необходимо получить ответы на следующие вопросы:

1. Начало половой жизни. При этом важно выяснить не только возраст, с которым совпадает начало половой жизни, но и наличие отклонений от нормы, которые могут отразиться на половой функции женщины.

2. Половое чувство. Половое влечение (libido sexualis) и удовлетворение (orgasmus) обычно характеризуют правильное развитие полового аппарата, полноценность половой функции женщины. Половое влечение и удовлетворение развиваются с годами и нередко формируются только к 25-летнему возрасту. Отсутствие полового влечения и удовлетворения наблюдается при инфантилизме, интерсексуальности, после тяжелых болезней, а также при тяжелых гинекологических заболеваниях.

3. Нарушение полового акта. Болезненный половой акт (coitus dolorosus) является симптомом гинекологических заболеваний: воспаления придатков матки и тазовой брюшины, эндометриоза (позадишеечного), заднего параметрита, лимфангита в области крестцово-маточных связок, вульвовагинита. Нередко болезненный половой акт связан с гипоплазией половых органов, истерией и другими аномалиями нервно-психического характера, в частности с вагинизмом. При вагинизме попытка к половому акту ведет к спазму m. bulbospongiosus, а также, в зависимости от степени страдания, к спастическому состоянию мышц тазового дна, туловища и конечностей.

Кровянистые выделения после полового сношения (coitus cruentus) являются чаще всего признаком рака шейки матки. Поэтому выяснение данного обстоятельства при опросе больных имеет исключительно важное значение в отношении своевременного выявления этого грозного заболевания. Реже кровянистые выделения при половых сношениях бывают обусловлены кольпитом, полипом, эрозией, туберкулезом шейки матки и другими язвенными процессами. Половая жизнь нарушается при сужении, заращении и аплазии влагалища.

4. Противозачаточные средства. Необходимо выяснить не только факт применения противозачаточных средств, но и характер их и продолжительность употребления. Нерациональные методы предохранения от беременности наносят определенный вред организму женщины. Например, прерванное половое сношение (coitus interruptus) способствует развитию венозного застоя в половых органах, в связи с чем могут возникнуть нарушения секреции (бели) и менструального цикла (меноррагия). Применение внутриматочных средств может вызвать воспалительные заболевания и нарушение менструальной функции, особенно при инфантилизме и гипоплазии половых органов. Длительное использование гормональных противозачаточных средств приводит к нарушению циклических процессов в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе и расстройству менструальной функции. Противозачаточные средства, нарушающие libido и orgasmus, могут быть причиной возникновения функциональных неврозов и связанных с этим нарушений функций половых органов.

Детородная функция. Выяснение характера детородной функции имеет большое значение для распознавания гинекологических заболеваний. При этом существенном значение имеет выяснение следующих вопросов.

1. Наличие беременностей и срок наступления первой беременности после начала половой жизни.
2. Количество беременностей, их течение и исход (роды, аборты).
3. Течение родов и особенно послеродовых периодов.
4. Перенесенные аборты, характер их (самопроизвольный, искусственный), сроки беременности, наличие заболеваний, связанных с абортами.

Диагностическое значение указанных данных несомненно.

Позднее наступление первой беременности (через 3—4 года после замужества) указывает на недоразвитие половых органов. Подобное пред-

положение становится еще более вероятным, если первая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем.

Наступление бесплодия после первых родов или аборта свидетельствует о перенесенном воспалении придатков матки (нередко гонорейной этиологии). Осложненное течение родов и послеродового периода является нередко источником последующих заболеваний половых органов.

Последствиями патологических родов и послеродовых осложнений могут быть воспалительные заболевания, травмы мягких тканей родовых путей, неправильное положение половых органов.

Особенности детородной функции имеют некоторое значение при диагностике новообразований. Рак шейки матки чаще бывает у женщин много рожавших, имевших травмы шейки матки, которые ведут к образованию эктропионов и длительно существующих эрозий. Наоборот, миомы чаще встречаются у женщин, малорожавших или совсем не рожавших.

Таким образом, осложнения во время беременности, родов и после родов играют существенную роль в происхождении гинекологических заболеваний. Кроме того, заболевания половых органов влияют на детородную функцию и являются нередко причиной бесплодия женщины.

Бесплодие (sterilitas) — отсутствие способности к зачатию — является часто жалобой гинекологических больных. Причиной бесплодия могут быть следующие заболевания половых органов.

1. Воспаление маточных труб, сопровождающееся нарушением их проходимости, ослаблением перистальтики и повреждением мерцательного покровного эпителия. К бесплодию ведет воспаление маточных труб гонорейной, туберкулезной и, реже, септической этиологии.

2. Эндокринные нарушения, сопровождающиеся расстройством функции яичников и прекращением овуляции.

3. Эндометриты, особенно в сочетании с воспалением труб, эндоцервициты, кольпиты.

4. Хронические оофориты и периоофориты при условии нарушения процесса овуляции.

5. Неправильные положения матки, особенно в сочетании с воспалением маточных труб, разрывы шейки матки и промежности, опущение и выпадение половых органов, рубцовые сращения (синехии) в полости матки, образовавшиеся после грубого выскабливания, и др.

Бесплодие может возникнуть в связи с инфантилизмом, заболеваниями желез внутренней секреции, нарушением условий питания и др.

Секреторная функция. Выяснение характера секреторной функции является обязательной составной частью опроса каждой гинекологической больной. Необходимость этого момента исследования определяется тем, что многие заболевания половых органов сопровождаются нарушением секреторной функции. Больше того, бели **(fluor)** — изменение количества и качества содержимого влагалища — иногда являются единственным признаком таких заболеваний, как гонорейный эндоцерцивит, полип и рак тела и шейки матки в начальной стадии.

Источники белей. Нарушение секреции половых органов может возникнуть при экстрагенитальных и гинекологических заболеваниях. Источниками белей являются патологические процессы в разных отделах половой системы.

Маточные трубы являются редким источником происхождения белей. Бели указанного вида выделяются лишь при форме воспаления маточных труб, заканчивающейся образованием гидросальпинкса (или пиосальпинкса), содержимое которого периодически поступает в полость матки, а из

нее — во влагалище и наружу. Это заболевание возникает при зарастании абдоминального отверстия маточных труб.

В предменструальном периоде и во время менструации в связи с утолщением и гиперемией слизистой оболочки маточное отверстие трубы резко суживается и воспалительный выпот накапливается в ее полости. После менструации просвет маточного конца маточной трубы может восстановиться и содержимое трубы (серозное или гнойное) поступает в полость матки, а из нее — во влагалище.

Маточные (корпоральные) бели. При нормальном состоянии матки полость ее свободна от секрета. Секрет маточных желез скопляется в полости и лишь слегка увлажняет поверхность эндометрия. Маточные бели возникают при эндометритах различной этиологии.

Выделения из матки при остром эндометрите могут быть гнойными, а при хроническом — имеют водянистый характер или отсутствуют. Бели маточного происхождения бывают при полипах слизистой оболочки, при осложнениях, связанных с введением в матку противозачаточных средств, субмукозной миоме. Маточные бели в пожилом и старческом возрасте нередко являются первым (сигнальным) симптомом рака тела матки. Поэтому всегда нужно стремиться выяснить причину происхождения маточных белей.

Шеечные бели. Нормальная функция желез слизистой оболочки шеечного канала характеризуется продукцией прозрачного слизистого секрета. Секреция шеечных желез бывает выраженной в фолликулиновой фазе цикла и достигает наивысшего развития к моменту овуляции. В лютеиновой фазе цикла секреция резко падает.

Бели часто появляются вследствие нарушения секреции шеечных желез. Гиперсекреция их наблюдается при экстрагенитальных заболеваниях (туберкулез, нарушения функции желез внутренней секреции, функциональные неврозы, болезни обмена). Шеечные бели нередко возникают при следующих гинекологических заболеваниях.

1. Эндоцервицит гонорейной этиологии, обычно сопровождающийся нарушением секреции. В острой стадии выделения содержат более или менее значительную примесь гноя, а в хроническом становятся мутноватыми, слизистыми. После перенесенной гонореи может существовать длительное время катаральное состояние шеечной слизистой оболочки, характеризующееся гиперсекрецией прозрачной или мутноватой слизи.

2. Разрывы шейки матки, возникающие в родах, могут в дальнейшем приводить к вывороту слизистой оболочки. Гиперсекреция при этом возникает вследствие свободного сообщения шеечной слизистой оболочки с кислым влагалищным содержимым, а также в связи с занесением в шеечный канал патогенной флоры из влагалища.

3. Полипы слизистой оболочки шеечного канала, рак и туберкулез шейки матки, а также другие процессы, сопровождающиеся изъязвлением.

Влагалищные бели. Во влагалище здоровой женщины содержится 0,5—1 мг белого сливкообразного отделяемого. Жидкая часть содержимого влагалища представляет собой транссудат из кровеносных и лимфатических сосудов подэпителиального слоя. К транссудату примешиваются отслоившиеся клетки плоского многослойного эпителия влагалища, бактерии, секрет желез шейки матки. По мере образования транссудат высыхает или всасывается обратно слизистой оболочкой влагалища. Эти процессы в нормальных условиях уравновешиваются и поэтому здоровые женщины выделений из влагалища не отмечают.

Нормальная физиологическая секреция половых органов имеет важнейшее биологическое значение — она способствует процессу оплодотворения и предупреждает возможность проникновения микроорганизмов в верхние отделы половых путей.

Предупреждение инфицирования половых органов в значительной мере определяется наличием приспособительного фактора, обозначаемого термином «самоочищение влагалища». Механизм самоочищения влагалища представляется в следующем виде. При физиологических условиях влагалище содержит палочковидную флору (B. vaginalis vulgaris), которая вырабатывает молочную кислоту из гликогена, образующегося в эпителии влагалища. Молочная кислота не оказывает вредного действия на слизистую оболочку влагалища, но тормозит развитие патогенных микроорганизмов, которые легко проникают из внешней среды. Нормальная секреция и микрофлора влагалища сохраняются при следующих условиях: а) правильное течение процессов гликогенобразования в слизистой оболочке влагалища; б) отсутствие слишком частого и массивного занесения патогенных микробов.

При нарушении указанных условий секреция влагалища изменяется и появляются влагалищные бели. Причиной их могут быть экстрагенитальные заболевания (туберкулез легких, острые инфекционные болезни, гипертиреоз и др.), в результате которых понижается гормональная функция яичников и процесс гликогенообразования в слизистой оболочке влагалища. В связи с этим нарушается процесс образования молочной кислоты и создаются условия для заселения влагалища патогенными микроорганизмами.

Влагалищные бели могут возникнуть при условии постоянного занесения во влагалище патогенных микроорганизмов, а также при повторяющемся воздействии механических, химических и термических факторов. Постоянному занесению патогенной микрофлоры способствуют: а) разрывы промежности (зияние половой щели); б) опущение влагалища; в) мочеполовые и кишечно-влагалищные свищи; г) частый coitus, сопровождающийся нарушением эпителия влагалища; д) оставление пессариев во влагалище на длительный срок. Непоказанные спринцевания крепкими дезинфицирующими веществами, и применение нерациональных химических противозачаточных средств могут вести к появлению белей в связи с нарушением процесса синтеза гликогена и изменением флоры влагалища.

Источниками влагалищных белей могут быть рак влагалища, туберкулезные язвы и другие заболевания. Следует подчеркнуть, что влагалищные и шеечные бели являются наиболее частыми по сравнению с другими источниками патологической секреции.

В е с т и б у л я р н ы е б е л и. Такие бели образуются в связи с гиперсекрецией потовых, сальных и слизистых желез вульвы и при воспалении больших вестибулярных (бартолиновых) желез. Секрет сальных и потовых желез может скопиться в складках вульвы и вызвать раздражение окружающих тканей. Вестибулярные бели возникают чаще всего в связи с вульвитом или в результате раздражения вульвы патологическим секретом, образующимся при заболевании вышележащих отделов половых путей. Вестибулярные бели бывают сравнительно редко.

Учитывая возможность возникновения белей на почве таких процессов, как гонорея, рак и другие заболевания, опасные для здоровья и жизни больной, врач обязан установить причину белей. Выяснение ее создает возможность рационального лечения заболевания, ведущего к нарушению секреторной функции.

Функции соседних органов. Заболевания половых органов нередко сопровождаются расстройством функции соседних органов: нижнего отдела мочевыводящих путей и кишечника. Эта зависимость объясняется анатомической близостью и существованием связей в нервной, сосудистой и лимфатической системах половых и соседних органов.

Расстройства функции мочевыводящих путей. Гинекологические больные нередко отмечают разнообразные расстройства мочеиспускания: учащение его, недержание мочи, затруднение мочеиспускания (задержка мочи), боли, жжение и резь при нем.

Учащение мочеиспускания часто наблюдается при следующих заболеваниях половых органов: а) опущение передней стенки влагалища, в котором принимает участие задняя стенка мочевого пузыря (cystocele); б) перегибы матки кзади, когда шейка ее бывает направлена кпереди и раздражает основание мочевого пузыря; возникновению этого симптома особенно способствует сочетание ретрофлексии матки с беременностью и миомой; в) миома матки при локализации узлов на передней ее поверхности в нижнем сегменте и в области шейки матки, а также опухоли яичника, оказывающие давление на пузырь; г) циститы и уретриты, а также переход рака матки на мочевой пузырь.

Недержание мочи может быть полным или неполным. Полное недержание мочи обычно наблюдается при пузырно-влагалищных свищах, неполное — может быть следствием различных патологических процессов.

При значительном опущении передней стенки влагалища и мочевого пузыря больные нередко отмечают непроизвольное выделение мочи при переходе из горизонтального положения в вертикальное, при кашле, чиханьи, поднятии тяжестей (неудержание мочи) и т. д.

Небольшие пузырно-влагалищные и шеечно-пузырные свищи характеризуются тем, что часть мочи вытекает через влагалище, часть — через уретру при мочеиспускании. Неполное недержание мочи бывает также при одностороннем влагалищно-мочеточниковом свище, а также в результате травмы сфинктера мочевого пузыря при патологических родах.

Затруднение мочеиспускания связано с изменением положения мочевого пузыря и перегибом уретры. При указанных заболеваниях может возникнуть своеобразное состояние: мочеиспускание становится невозможным, а моча непроизвольно вытекает каплями из уретры (ischuria paradoxa). Мочеиспускание становится возможным после заправления внутрь выпавшей матки вместе с влагалищем и мочевым пузырем. При ущемлении в малом тазе ретрофлектированной беременной матки или опухолей внутренних половых органов наблюдается затруднение мочеиспускания, сочетающееся с частыми позывами. Задержка мочи (ишурия) нередко наблюдается при полном выпадении матки, а также при редкой форме аномалии ее положения — вывороте.

Боли при мочеиспускании могут возникнуть при различных заболеваниях: а) жжение и резь при мочеиспускании — обычный симптом уретрита, цистита, пиелоцистита;

б) боль при заполнении и опорожнении мочевого пузыря наблюдается при тазовом перитоните в связи с распространением воспалительного процесса на брюшину, покрывающую мочевой пузырь. Этот симптом возникает также при распространении воспалительного процесса из параметральной клетчатки на клетчатку мочевого пузыря.

в) боли при мочеиспускании возникают при распространении на мочевой пузырь злокачественных новообразований матки или яичников.

Расстройства функции кишечника. Гинекологические больные нередко жалуются на запоры. Реже бывают поносы, недержание газов и кала, боль при дефекации, примесь крови к испражнениям. Запоры возникают при перегибах матки кзади, новообразованиях матки и яичников, сдавливающих прямую кишку, а также при воспалительных процессах, особенно локализующихся в тазовой клетчатке и брюшине. Нарушения дефекации при этих заболеваниях могут возникнуть рефлекторным путем в связи с нарушением кровообращения, а также вследствие механических препятствий. При воспалительных заболеваниях запоры могут быть вызваны переходом воспалительного заболевания на параректальную клетчатку или на брюшинный покров прямой кишки. При воспалительных заболеваниях понижение моторной функции кишечника может быть вызвано интоксикацией, а в хронической стадии процесса — изменением функций вегетативной нервной системы.

Поносы наблюдаются в острой стадии воспалительных заболеваний, особенно при септическом пельвиоперитоните и параметрите. Поносы могут возникнуть при туберкулезном поражении придатков матки и тазовой брюшины, особенно если одновременно поражен кишечник.

Недержание кала и газов является симптомом полного разрыва промежности и кишечно-влагалищных свищей.

Боли при дефекации обычно бывают при трещинах в заднем проходе и геморроидальных узлах, а иногда возникают рефлекторно при воспалении придатков матки.

Тенезмы при дефекации могут возникнуть при наличии гноя в маточно-прямокишечном кармане, при готовящемся к перфорации пиосальпинксе и пиовариуме, а также при переходе рака шейки (тела) матки на стенку прямой кишки.

Кровотечение из прямой кишки — симптом, типичный не только для геморроя и полипов, но и для рака прямой кишки, поэтому всегда необходимо установить источник кровотечения с помощью специальных методов исследования.

Болевые ощущения. Боль относится к частым жалобам гинекологических больных. Возникновение и характер болевых ощущений определяются особенностями иннервации половых органов. Учение об их иннервации обогащено данными о наличии в них баро-, механо-, хемо- и терморецепторов.

В настоящее время имеются основания полагать, что в половых органах существуют нервные окончания, воспринимающие болевые раздражения. Болевые импульсы, возникающие в половых органах в результате раздражения интерорецепторов, следуют к центрам головного мозга различными путями. Нервные волокна, проводящие болевую чувствительность, вступают в составе задних корешков в спинной мозг и следуют далее в центры головного мозга. В настоящее время существует мнение, что симпатическая нервная система также играет определенную роль в проведении боли экстрамедуллярным путем.

Возникновение болевой чувствительности возможно также в связи с раздражением рецепторов кровеносных сосудов.

Принимая во внимание чрезвычайно развитую вегетативную иннервацию половых органов, а также обильную их васкуляризацию, следует считать, что в половом аппарате существуют дополнительные к спинномозговым нервам источники восприятия и передачи болевых раздражений.

Импульсы, возникающие при раздражении рецепторов половых органов, поступают в центральную нервную систему и здесь перерабатывают-

ся в болевые ощущения. Коллектором болевых импульсаций, поступающих из всех областей тела (в том числе и из половых органов), является зрительный бугор. Формирование болевых ощущений происходит в коре головного мозга; в этом процессе участвуют гипоталамус, лимбические отделы мозга и ретикулярная формация.

Формирование болевого ощущения и сила его определяются не только степенью раздражения рецепторов. Интенсивность болевых ощущений у больных в значительной мере зависит от особенностей высшей нервной деятельности, эмоционального состояния женщины, характера соотношений между процессами возбуждения и торможения и т. д. Одни женщины жалуются на боли при незначительных изменениях в половых органах, другие же терпеливо переносят тяжелые заболевания и связанные с ними болезненные манипуляции.

Болевые ощущения могут возникнуть при качественно различных раздражениях половых органов. Причиной возникновения боли могут быть механические, физико-химические и другие раздражения.

Механическое раздражение болевых рецепторов половых органов. Источником происхождения болей указанного характера являются патологические процессы в гениталиях, связанные с растяжением, сокращением и насильственным смещением брюшины, мышечных, сосудистых и соединительнотканных элементов. Аналогичное происхождение имеет боль при спазме мускулатуры матки и маточных труб, а также при сдавлении половых органов опухолями, инфильтратом и т. д. Боли в связи с механическим раздражением интерорецепторов при растяжении, смещении, давлении и т. д. наблюдаются при следующих гинекологических заболеваниях.

1. Состояния, сопровождающиеся интенсивной сократительной деятельностью матки (аборт, рождающийся миоматозный узел) или маточных труб (трубный аборт).

2. Доброкачественные новообразования (кистомы) в случае их локализации, обусловливающей сдавление нервных окончаний, стволов и сплетений.

3. Кровоизлияния в полость органов или опухолей, исходящих из половых органов, приводящие к растяжению и раздражению рецепторов (в яичник — apoplexia ovarii, в полости кистом, в маточные трубы).

4. Рубцы и спайки, образовавшиеся в результате перенесенного воспаления, вызывающие сдавление нервных окончаний и проводников.

Физико-химическое раздражение рецепторов половых органов на почве воспаления. Причинами возникновения болей при воспалительных заболеваниях половых органов могут быть нарушение обмена, сопровождающееся изменением ионного равновесия и химизма среды, интоксикации рецепторов, отек, образование инфильтратов. При воспалении в нервных элементах могут возникнуть более или менее стойкие структурные изменения.

Боли, обусловленные воспалительными процессами, отличаются некоторыми особенностями.

а) Интенсивность боли в значительной мере определяется степенью распространения воспалительного процесса на париетальную брюшину малого таза, которая иннервируется спинальными нервами. Процессы, сопровождающиеся воспалением брюшины (пельвиоперитонит), характеризуются более интенсивной болью, чем такие заболевания, как метроэндометрит и параметрит. Особенную силу приобретает боль при разрыве пиосальпинкса, гнойника яичника.

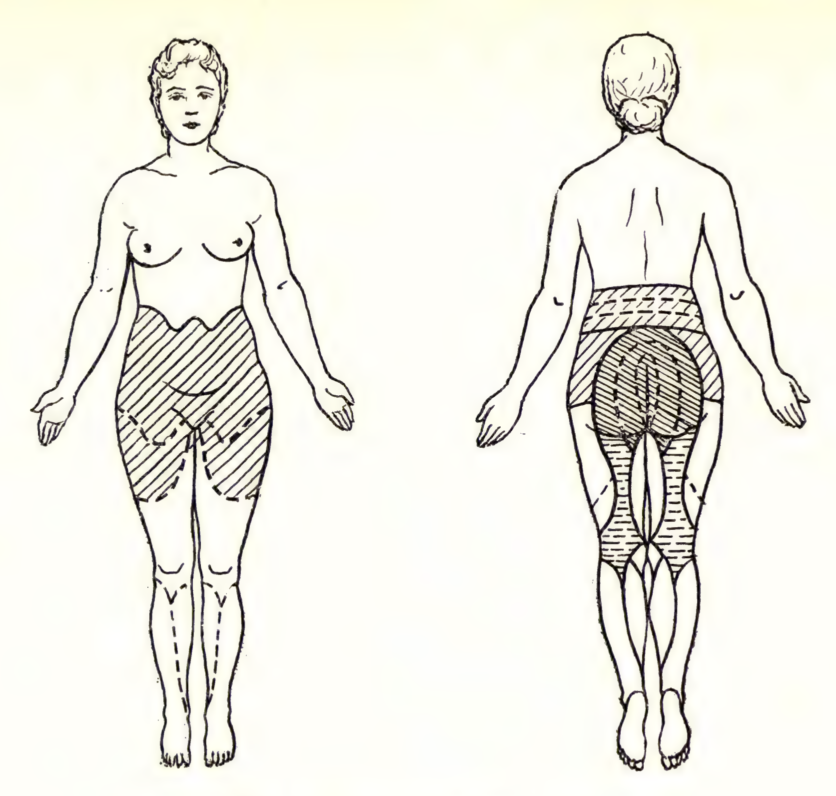


Рис. 14. Зоны Захарьина — Геда.

б) Интенсивность болей зависит от стадии воспалительного процесса (они выражены сильнее в острой стадии заболевания), а также от специфичности его. Например, при гонорейном воспалении придатков матки боль значительно сильнее, чем при туберкулезном поражении маточных труб и яичников.

в) Боли усиливаются во время менструации, при физическом напряжении и охлаждении, что можно объяснить изменением кровенаполнения тазовых органов, а также понижением порога возбудимости.

г) У некоторых женщин они упорно держатся после исчезновения инфильтратов, экссудатов, спаек и других изменений. Это явление может зависеть от стойких структурных изменений нервных элементов или от возникновения в коре головного мозга застойного очага раздражения.

Боли, обусловленные запущенными злокачественными опухолями половых органов, отличаются интенсивностью и постоянством. В основе их происхождения лежат интоксикация, сдавление или структурные изменения нервных элементов. Известную роль в происхождении боли при раке шейки и тела матки играют сопутствующие воспалительные процессы (параметрит, сальпингоофорит, пиометра).

При заболевании наружных половых органов боли обычно локализуются в месте поражения.

Боли, возникающие при заболеваниях внутренних половых органов, не имеют строгой локализации и носят диффузный характер даже в тех случаях, когда достигают значительной силы. Место боли больная указы-

вает не точно, а приблизительно, причем болезненные ощущения проецируются на значительно более обширные участки по сравнению с очагом заболевания. Гинекологические больные отмечают боли внизу живота, которые иррадируют в область крестца, копчика, прямой кишки, влагалища, бедер и т. д.

При гинекологических заболеваниях существуют зоны повышения кожной чувствительности: так называемые зоны Захарьина — Геда, которые распространяются от X грудного до IV крестцового сегмента (рис. 14).

Возникновение отраженных болей в определенных участках кожи при гинекологических заболеваниях объясняется следующим образом. Болевые импульсы, поступающие в определенный сегмент задних рогов спинного мозга, образуют очаг повышенной возбудимости. Возбуждение распространяется на участки восприятия болевой чувствительности с определенных сегментов кожи. Поэтому в центральную нервную систему направляются болевые импульсы не только по нейронам, которые соответствуют половым органам, но и по проводникам, соответствующим определенному сегменту кожи.

Необходимо отметить, что боли, исходящие из половых органов, могут влиять рефлекторным путем на функции мочевого пузыря, кишечника, печени, почек, надпочечника, гипофиза, сердечно-сосудистой системы. Продолжительные болевые ощущения сопровождаются расстройствами кровообращения, трофики и секреции половых органов.

Условия труда и быта. Условия жизни влияют на развитие организма женщины и, в частности, ее полового аппарата. В значительной мере от условий жизни зависят возникновение, течение и исход общих заболеваний, которые могут быть источником анатомических и функциональных аномалий половой системы. В данном разделе анамнеза надлежит уделить особое внимание вопросам питания, быта и труда.

Питание. Полноценное в количественном и качественном отношениях питания определяет правильность развития организма в детском возрасте и процесс полового созревания. Нарушение условий питания может быть причиной гипотрофии, ожирения, рахита и их последствий, влияющих на будущую детородную функцию женщины. Неполноценное питание обусловливает позднее наступление полового созревания и недоразвитие половых органов с вытекающими отсюда неблагоприятными последствиями (дисменорея, бесплодие, выкидыши и т. д.). У взрослых женщин неполноценное (недостаточное, одностороннее) питание также может вызвать нарушения менструальной и детородной функции.

Условия быта. Неблагоприятные жилищные условия и неправильно организованный домашний труд влияют на течение существующих гинекологических заболеваний. Домашний труд, сопряженный с подниманием и ношением тяжестей, может способствовать возникновению неправильных положений половых органов, особенно если подобная работа выполняется вскоре после родов, в период полового созревания и в старости.

Охлаждение может быть причиной обострения хронических воспалительных заболеваний.

Условия труда. Законодательство по охране труда женщин и важнейшие мероприятия по дальнейшему улучшению условий труда в промышленности и сельском хозяйстве способствуют ликвидации профессиональных заболеваний в нашей стране. В настоящее время мы почти не наблюдаем гинекологических заболеваний, этиологически связанных с профессией. Однако нарушение санитарно-гигиенических условий

труда может служить фактором, способствующим проявлению или неблагоприятному течению тех или иных патологических процессов в половых органах. Условия труда, связанные с длительным стоянием или сидением, сотрясением тела, ношением тяжести, неблагоприятно влияют на течение воспалительных заболеваний, способствуют возникновению аномалий положения половых органов и расстройству менструальной функции.

Воспаление вульвы и влагалища, сопровождающееся нарушением секреции, может быть следствием нарушения санитарных условий труда и личной гигиены на «пылевых» производствах (табачная, хлопкообрабатывающая промышленность и др.).

Работа со свинцом, ртутью, фосфором и другими вредными химическими веществами, может вызвать нарушение менструальной и детородной функции в том случае, если на данном предприятии ослаблено внимание к вопросам охраны труда.

Развитие настоящего заболевания. Опрос больной заканчивается получением подробных сведений о развитии настоящего заболевания, главные симптомы которого обычно выясняются в процессе ознакомления с основными функциями половой системы (менструальная, половая, детородная и др.).

Необходимо выяснить время возникновения заболевания и связь его с тем или другим фактором (роды, аборт, менструация, травма, охлаждение, сильные эмоции, общие заболевания и пр.), а также сведения о развитии заболевания. Подробно выявляются данные о течении заболевания и дополнительных симптомах, сведения о применявшихся ранее методах диагностики и лечения и результаты этих мероприятий.

Врач в конце опроса больной уже располагает достаточными сведениями для предварительного заключения о характере заболевания. Указанные предположения имеют различную степень вероятности и более или менее близки к истине в зависимости от характера заболевания и отчетливости его клинических признаков.

Распознавание заболевания возможно только после объективного исследования и обсуждения полученных данных и анамнеза.

СИСТЕМА ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Исследование гинекологических больных имеет целью распознавание заболеваний половой системы и выяснение состояния других органов и систем. Производится исследование всего организма женщины, что очень важно в отношении выявления сопутствующих заболеваний и расстройства функций важнейших органов, которые могут быть связаны с заболеваниями половых органов. Это необходимо для выяснения патогенеза и определения методов лечения.

Общеизвестными методами исследования (перкуссия, аускультация, пальпация, рентгеноскопия и др.) выясняется состояние сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения и др. Имеет большое значение неврологическое исследование, дающее представление об изменениях функций нервной системы женщины. Следут отметить, что нарушения часто наблюдаются при расстройствах функции яичников, воспалительных и других заболеваниях женских половых органов.

Для уточнения диагноза и оценки клинического течения гинекологи-

ческих заболеваний применяют гематологические, биохимические, гистологические, бактериологические и другие методы исследования.

В гинекологической практике используют:

1. Общепринятые в медицине методы исследования: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и др.

2. Специальные методы исследования: внутреннее и бимануальное исследование, исследование при помощи зеркал, зондирование, пробное выскабливание и т. д.

3. Лабораторные методы исследования.

ОСМОТР, ПАЛЬПАЦИЯ, ПЕРКУССИЯ, АУСКУЛЬТАЦИЯ

При многих гинекологических заболеваниях осмотр позволяет получить ценные данные, облегчающие диагностику.

Бледность кожи и видимых слизистых оболочек наводит на мысль о заболеваниях, связанных с кровопотерей (фибромиома, нарушения менструальной функции и др.). Истощение, бледный или землистый цвет лица характерен для запущенных форм злокачественных новообразований. Рахитические деформации скелета могут быть причиной возникновения травматических повреждений после родов (свищи, разрывы шейки матки и промежности). Заболевания возникают в результате воздействия неблагоприятных условий среды, значимость которых возрастает при наличии определенных конституциональных факторов.

При оценке конституции учитываются не только морфологические признаки, но и функциональные особенности организма, влияющие на возникновение заболеваний и их течение. При установлении связи некоторых гинекологических заболеваний с конституциональными особенностями организма следует учитывать, что конституция не предопределяет возникновение и развитие болезни.

Из существующих классификаций типов конституции внимание гинекологов привлекают конституциональные особенности, связанные с нарушением характера полового развития и дифференцировки. К ним относятся инфантильный, или гипопластический, тип, возникновение которого связано с недостаточным развитием организма (остановка на более ранней ступени), и интерсексуальный тип, характеризующийся недостаточной дифференцировкой половых признаков. На течение некоторых гинекологических заболеваний влияют также особенности, свойственные астенической конституции (рис. 15).

Инфантильный тип характеризуется следующими основными чертами: небольшой (или средний, реже высокий) рост, общеравномерносуженный таз, недоразвитие молочных желез, наружных и внутренних половых органов и др. При инфантилизме часто встречаются нарушения менструальной и детородной функции.

Интерсексуальный тип отличается недостаточно полной дифференцировкой половых признаков, что отражается на внешнем облике женщины и функциях половых органов. Женщины интерсексуального типа обычно имеют довольно высокий рост, массивный скелет, широкий плечевой пояс, таз, приближающийся по форме к мужскому, несмыкающиеся голени. Волосяной покров на половых органах развит сильно, рост волос направлен к пупку по белой линии (по мужскому типу). Много волос на ногах, вокруг заднего прохода. У женщин интерсексуального типа нередко наблюдаются гипоплазия половых органов, нарушение менструальной функции, бесплодие, половая индифферентность.

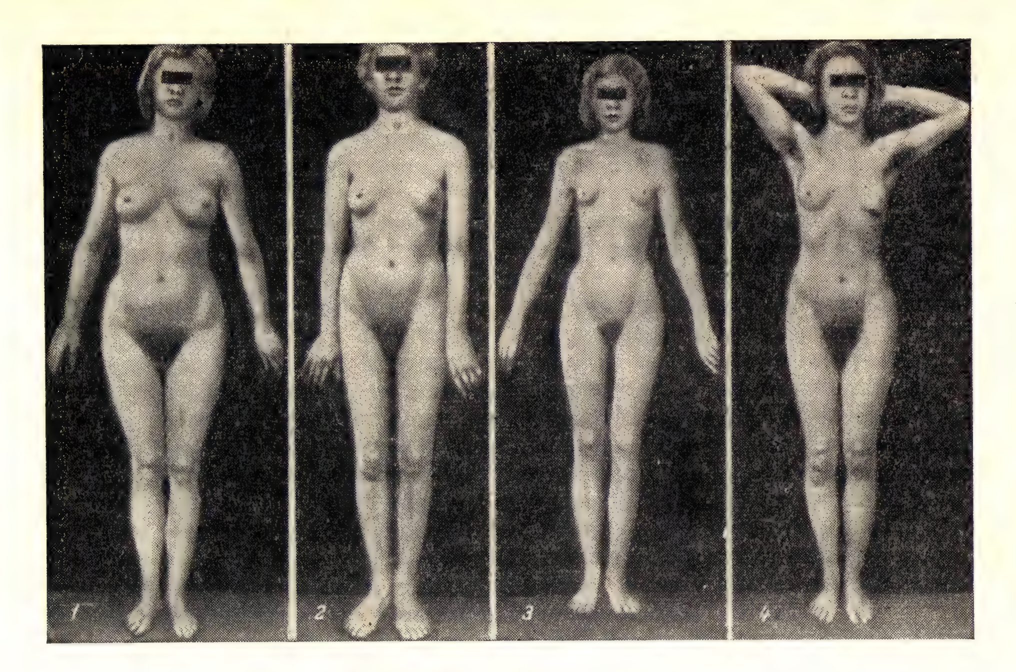


Рис. 15. Типы конституции.
1 — пикнический; *2* — астенический; *3* — инфантильный; *4* — интерсексуальный.

Иногда отмечается сочетание признаков инфантилизма и интерсексуальности.

Астенический тип характеризуется, как известно, преобладанием продольных размеров, понижением тонуса мышечной и соединительнотканной систем, особенностями строения скелета, грудной клетки и внутренних органов (малое сердце, узкая аорта, низкое стояние диафрагмы, длинная брыжейка и др.), нередко наблюдается опущение внутренних органов. У женщин астенического типа нередко отмечаются чрезмерная подвижность матки и перегибы ее кзади. После родов в связи со слабостью связочного аппарата и мышц тазого дна легко возникает опущение влагалища и матки. Такие женщины нередко даже при отсутствии объективно выявляемых изменений со стороны половой сферы жалуются на боли в крестце, тяжесть внизу живота, болезненные менструации, запоры, понижение трудоспособности.

Осмотр живота может дать основание для предположения о наличии гинекологических заболеваний. Увеличение объема живота и изменение его формы наблюдаются при больших опухолях (миома, кистома и др.), выпотном перитоните, иногда при воспалении придатков матки с образованием больших мешотчатых «опухолей» маточных труб (гидросальпинкс, пиосальпинкс) и гнойнике яичника. Увеличению живота способствует также асцит, нередко наблюдающийся при новообразованиях яичника.

При гинекологических заболеваниях нередко изменяется форма живота. При кистомах живот имеет куполообразную форму, при заболеваниях половых органов, сопровождающихся асцитом, в горизонтальном положении — уплощенную форму. При наличии опущения или выпадения влагалища и матки нередко наблюдается отвислый живот. Извест-

но диагностическое значение пигментации белой линии живота, рубцов беременности.

Пальпация живота производится после опорожнения мочевого пузыря в горизонтальном положении при согнутых ногах, что способствует расслаблению брюшной стенки. Желательно предварительно очистить кишечник.

Путем пальпации определяют состояние брюшной стенки (тонус, мышечная защита, наличие диастаза прямых мышц живота), болезненные участки на ней, наличие опухоли, инфильтратов. Ощупывание живота позволяет с известной точностью определить величину, форму, границы, консистенцию и болезненность опухолей и инфильтратов, исходящих из половых органов и располагающихся за пределами малого таза; возможно также выяснение подвижности новообразований и феномена «баллотирования». При остром воспалении придатков матки и тазовой брюшины нередко пальпация вызывает непроизвольное напряжение мышц в нижнем отделе живота (мышечная защита). При внематочной беременности наблюдается напряжение живота, однако, если пальпация производится бережно, оно может отсутствовать.

Перкуссия живота является вспомогательным методом исследования в гинекологии. Перкуссия способствует уточнению границ и контуров опухолей, а также больших инфильтратов и экссудатов, образовавшихся при воспалительных заболеваниях половых органов.

Перкуссия при перемене положения позволяет выявить наличие в полости живота асцитической жидкости, излившейся крови (внематочная беременность), содержимого кистом при разрыве их стенок и т. д. Перкуссия может быть использована при проведении дифференциального диагноза между параметритом и пельвиоперитонитом. При параметрите границы инфильтрата, определяемые путем перкуссии и пальпации, совпадают; при пельвиоперитоните перкуторная граница инфильтрата кажется меньше вследствие склеивания над его поверхностью петель кишечника. Аналогичное расхождение между данными перкуссии и пальпации наблюдается при образовании спаек между поверхностью опухолей и кишечником. Перкуссию применяют при проведении дифференциального диагноза между опухолью и конгломератом кишечных петель.

Аускультация живота служит методом определения наличия перистальтики и ее характера. Прекращение перистальтики указывает на парез кишечника, наблюдающийся при перитоните. Ослабление перистальтики бывает после сложных гинекологических операций вследствие понижения моторной функции кишечника. Бурные кишечные шумы отмечаются при возникновении непроходимости кишечника (обтурационный илеус).

Аускультация способствует проведению дифференциального диагноза между опухолями половых органов (миомы, кистомы) и беременностью.

При беременности свыше 5 мес, а иногда и раньше аускультативно определяются движения и сердечные тоны плода.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Развитие гинекологической науки характеризуется совершенствованием методов исследования больных. Эти методы многочисленны и неодинаковы по степени сложности и назначению.

Существуют методы, обязательно применяемые при исследовании всех гинекологических больных, а также здоровых женщин при профилактическом осмотре.

К обязательным методам исследования относятся: 1) осмотр наружных половых органов; 2) исследование при помощи зеркал; 3) влагалищное исследование; 4) двуручное влагалищное исследование (бимануальное, вагинально-абдоминальное).

Некоторые специальные методы исследования применяют не обязательно, а при необходимости получить дополнительные диагностические данные.

К таким методам относятся: а) ректальное и ректально-вагинальное исследование; б) зондирование матки; в) исследование при помощи пулевых щипцов; г) цитологические методы исследования; д) пробное выскабливание слизистой оболочки матки; е) биопсия; ж) пробный прокол (пункция); з) продувание маточных труб; и) рентгеноконтрастные методы исследования; к) катетеризация мочевого пузыря; л) эндоскопические методы исследования; м) пробное чревосечение.

В гинекологической практике также широко используются гистологические, бактериологические, серологические, биохимические и другие методы исследования. По показаниям применяется медико-генетическое исследование.

Подготовка к гинекологическому исследованию больной. Исследование производится после опорожнения мочевого пузыря при отсутствии переполнения кишечника, в горизонтальном положении. Ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, головной конец туловища слегка приподнят. Указанное положение способствует расслаблению мышц брюшной стенки. Исследование производится на специальном гинекологическом кресле [1].

Для исследования больных заранее стерилизуют влагалищные зеркала, подъемники, пинцеты, инструменты для взятия мазков, вату, марлю. Другие инструменты для выполнения более сложных специальных методов исследования стерилизуют по мере надобности.

Исследование гинекологиеских больных производится в резиновых перчатках, которые стерилизуют после исследования больных гонореей, раком, туберкулезом, трихомонадным кольпитом. В остальных случаях достаточны мытье рук в перчатках проточной водой с мылом и последующая обработка их дезинфицирующим раствором (сулема 1 : 1000, 0,5% хлорамин, 1% лизол и др.).

Осмотр наружных половых органов

При осмотре наружных половых органов учитывают степень и характер развития волосяного покрова (по женскому или мужскому типу), развитие малых и больших половых губ, состояние промежности (высокая, низкая, корытообразная), наличие патологических процессов, воспаление, опухоли, изъязвления, кондиломы, свищи, рубцы в области промежности после разрывов). Обращают внимание на зияние половой щели; предложив женщине потужиться, определяют, нет ли опущения или выпадения стенок влагалища и матки. Далее производят осмотр зад-

[1] При отсутствии специального кресла гинекологическое исследование можно производить на жесткой (высокой) кушетке с ногодержателями.

непроходного отверстия с целью выявления возможных патологических процессов (варикозные узлы, трещины, кандиломы, выделение крови, гноя или слизи из прямой кишки).

Раздвинув пальцами малые половые губы, осматривают вульву и вход во влагалище, учитывая при этом: а) окраску (бледность, цианоз); б) характер секрета; в) наличие патологических процессов (воспаление, кисты, изъязвления и др.); г) состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала и выводных протоков бартолиновых желез (гиперемия, выделения); д) форму девственной плевы или ее остатков.

Исследование при помощи зеркал

Исследование при помощи зеркал производится непосредственно после осмотра наружных половых органов до производства влагалищного и бимануального исследования. Такая последовательность целесообразна потому, что предварительное пальцевое исследование может затемнить и несколько изменить характер выделений и вид эрозий, полипов и воспалительных процессов вследствие травматизации и примеси крови.

Исследование при помощи зеркал имеет исключительно важное значение для диагностики заболеваний влагалища и шейки матки. Своевременное распознавание эрозий, полипов, лейкоплакий и заболеваний, относящихся к предраковым состояниям, а также рака шейки матки возможно только при помощи зеркал. Равным образом зеркала необходимы и для диагностики других заболеваний шейки матки и влагалища (кольцит, цервицит, туберкулезные язвы, повреждения и т. д.). Поэтому исследованию при помощи зеркал подвергается каждая гинекологическая больная и каждая здоровая женщина при профилактическом осмотре (кроме девственниц).

Существуют следующие модели влагалищных зеркал: а) цилиндрические; б) створчатые; в) ложкообразные (пластинчатые).

Цилиндрическими зеркалами пользуются редко, главным образом с целью изоляции стенок влагалища от лекарственных веществ, применяемых при лечении заболеваний шейки матки.

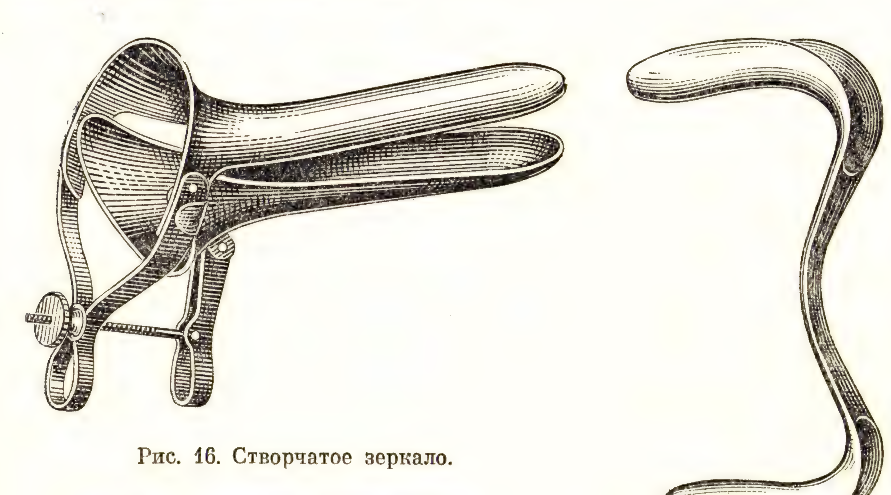


Рис. 16. Створчатое зеркало.

Рис. 17. Ложкообразное зеркало.



Рис. 18. Введение зеркала.

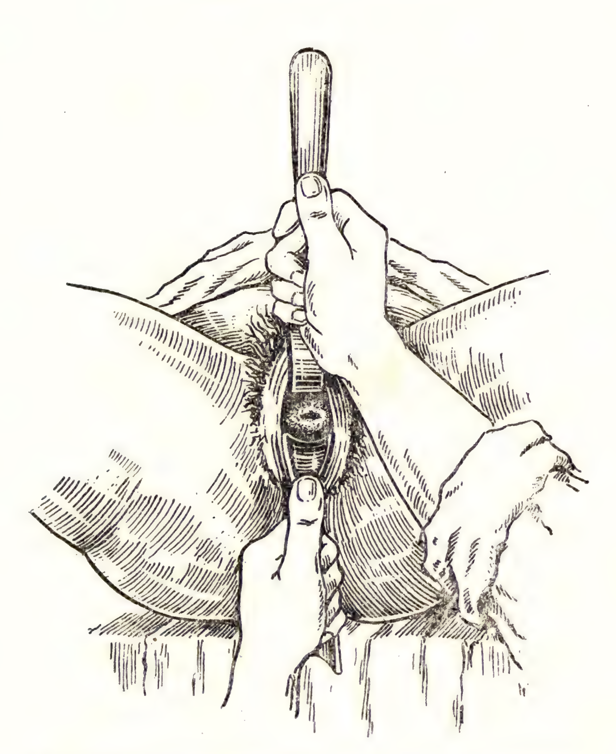


Рис. 19. Обнажение шейки матки после введения зеркал.

Самодержащиеся створчатые зеркала (рис. 16) применяют в амбулаторной практике, если отсутствует помощник, который может понадобиться при использовании более удобных ложкообразных зеркал. Створчатое зеркало вводят до сводов влагалища в сомкнутом виде; далее створки раскрывают, после чего шейка матки становится доступной для осмотра. Стенки влагалища осматривают при постепенном выведении зеркала из влагалища.

Наиболее удобны в отношении обеспечения полноты осмотра шейки матки и стенок влагалища ложкообразные зеркала (рис. 17). Вводят зеркало (рис. 18) по задней стенке влагалища, оттесняя кзади промежность; затем параллельно ему вводят переднее зеркало (плоский подъемник), которым поднимают кверху переднюю стенку влагалища (рис. 19). При необходимости увеличить доступ к шейке матки вводят «боковики» — плоские пластинчатые зеркала.

При исследовании зеркалами определяют окраску слизистой оболочки шейки матки и влагалища, характер секрета, величину и форму шейки матки и наличие патологических процессов в области шейки матки и влагалища (воспаление, повреждение, изъязвление, опухоли, свищи и т. д.).

Влагалищное (внутреннее) исследование

Влагалищное исследование производится указательным и средним пальцами или только указательным пальцем одной (обычно правой) руки. При узком влагалище (гипоплазия, возрастная атрофия, у нерожавших женщин) во влагалище следует вводить только один палец. Перед введением пальцев вульву протирают стерильной ватой или тампоном, смоченным в дезинфицирующем растворе. Половые губы разводят большим и указательным пальцами левой руки. Указательный и средний пальцы бережно вводят во влагалище, большой палец направляют к симфизу, мизинец и безымянный пальцы прижимают к ладони, а тыльная сторона их основных фаланг упирается в промежность.

Влагалищное исследование производится по плану: а) определяют состояние тазового дна путем надавливания на мышцы промежности со стороны влагалища и ощупывания (расслабление, гипотрофия или атрофия мышц);

б) указательным и большим пальцами прощупывают область расположения больших вестибулярных желез (киста, воспаление железы и др.);

в) со стороны передней стенки влагалища прощупывают уретру (уплотнение, болезненность), а при наличии признаков воспаления из нее выдавливают выделения (для исследования);

г) определяют состояние влагалища: объем, складчатость, растяжимость, наличие патологических процессов (инфильтраты, рубцы, стенозы, опухоли, пороки развития). Выявляют особенности сводов влагалища: глубина, подвижность, болезненность. При наличии патологических процессов в придатках матки, тазовой брюшины и клетчатке влагалищные своды могут быть уплощены, выпячены, ригидны, болезненны и т. д. При гипоплазии и старческой атрофии своды уплощаются;

д) детально исследуют влагалищную часть шейки матки: ее величину (гипертрофия, гипоплазия), форму (коническая, цилиндрическая, деформированная рубцами, опухолями, кондиломами), поверхность (гладкая, бугристая), консистенцию (обычная, размягченная при беременности, плотная при раке, старческом склерозе), положение по проводимой оси

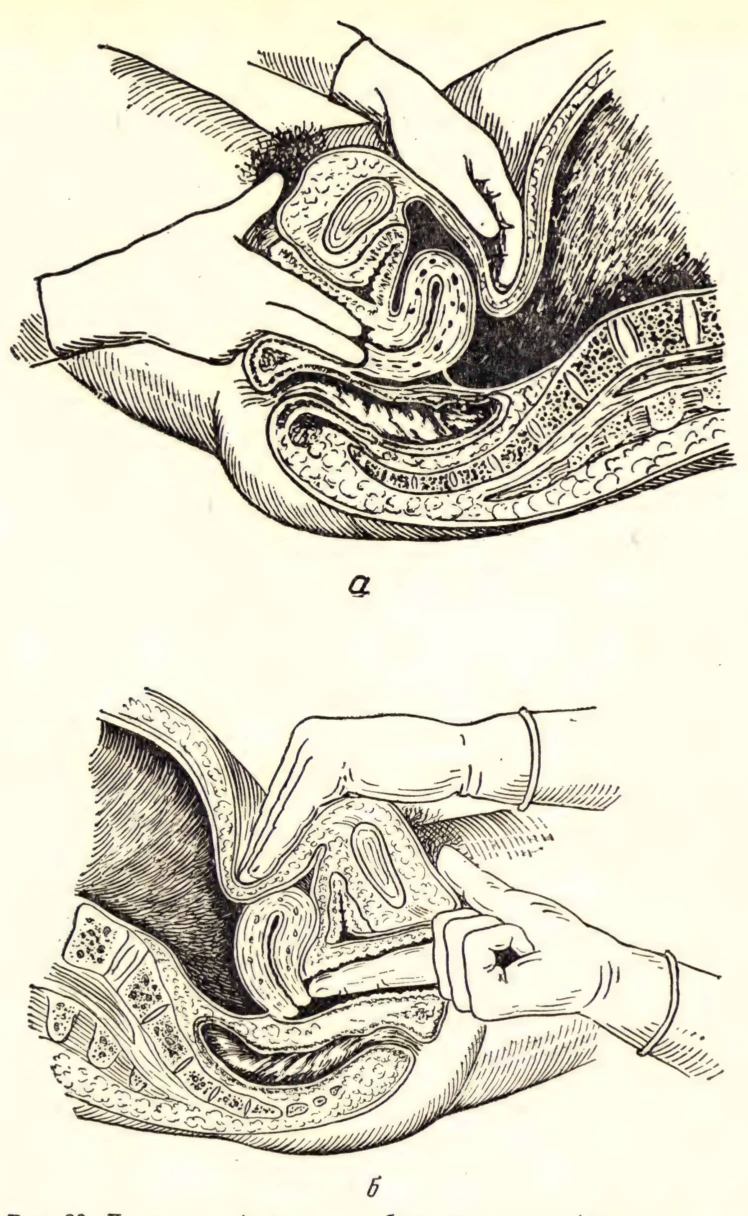


Рис. 20. Двуручное (влагалищно-брюшностеночное) исследование.
а — исследование двумя пальцами; б — исследование одним пальцем.

таза (направлена кпереди, кзади, влево или вправо, поднята кверху или опущена), состояние наружного зева (закрыт или открыт, форма круглая, поперечная щель, зияние), подвижность шейки (чрезмерно подвижная при опущении и выпадении матки, неподвижная или ограниченно подвижная при воспалительных процессах, запущенном раке).

Двуручное влагалищное (бимануальное, вагинально-абдоминальное) исследование

Двуручное влагалищное (бимануальное, вагинально-абдоминальное) исследование является основным методом распознавания заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки.

Прежде всего исследуют матку. Оба (или один) пальца внутренней руки вводят в передний свод; шейку матки несколько отодвигают кзади. Ладонной поверхностью (не концами) пальцев наружной руки через брюшную стенку прощупывают тело матки, если дно ее направлено кпереди (рис. 20). Если тело матки отклонено кзади, то пальцы наружной руки погружают глубоко в направление крестца, а пальцы (палец) внутренней руки располагают в заднем своде.

При пальпации матки определяют следующие данные.

1. Положение матки: наклонение (versio), перегиб (flexio), смещение по горизонтальной оси (positio) и вертикальной оси (elevatio, descensus, prolapsus) и др.

2. Величина матки: нормальная, уменьшена (гипоплазия, атрофия), увеличена (беременность, миома и т. д.).

3. Форма матки: нормальная (грушевидная, уплощенная), шарообразная (беременность), неправильная (опухоли, аномалии развития и т. д.).

4. Консистенция: обычная, размягченная (беременность, флюктуирующая гематометра, пиометра), плотная (миома).

5. Подвижность: нормальная, ограниченная или отсутствует (опухоли спайки, инфильтраты), чрезмерная (расслабление связочного аппарата при опущении и выпадении матки).

6. Болезненность (воспалительные заболевания, вторичные изменения в узле миомы и др.).

Закончив пальпацию матки, приступают к исследованию ее придатков (маточных труб и яичников). Пальцы наружной и внутренней рук постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза.

Неизмененные маточные трубы обычно не прощупываются, яичники могут быть найдены при достаточном опыте. Они определяются сбоку от матки в виде небольших овоидных образований; при грубом исследовании неизмененный яичник чувствителен. Метод пальпации позволяет установить наличие и характер патологических процессов (воспалительные заболевания, новообразования, кисты и др.), определяющих возникновение разнообразных изменений в яичниках и маточных трубах.

Неизмененные связки матки при бимануальном исследовании не определяются. Круглые связки прощупываются при беременности и в случае возникновения в них миом, основные (кардинальные) определяются при наличии рубцовых изменений после перенесенного параметрита. Достаточно легко прощупываются крестцово-маточные связки, особенно при наличии в них лимфангита, инфильтрации и рубцовых изменений. При бимануальном исследовании выявляются патологические процессы в области тазовой брюшины и клетчатки (инфильтраты, рубцы, спайки и др.).

Ректальное и ректально-абдоминальное исследование

Ректальное (ректально-абдоминальное) исследование необходимо в следующих случаях (рис. 21): а) у девушек при атрезии или стенозе влагалища; б) дополнительно к вагинально-абдоминальному исследованию

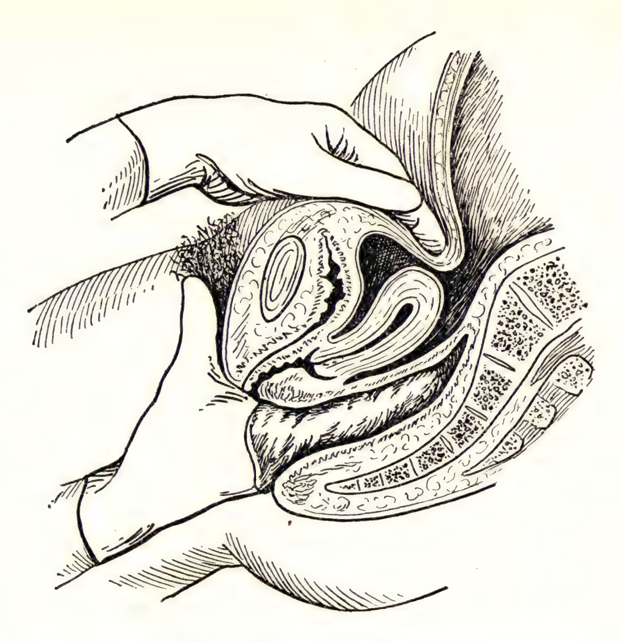


Рис. 21. Ректально-абдоминальное исследование.

при опухолях половых органов, особенно раке шейки матки, с целью уточнения степени распространения их (переход на тазовую клетчатку, стенку кишечника и т. д.); в) при воспалительных заболеваниях для уточнения состояния крестцово-маточных связок, параректальной клетчатки и т. д.); г) при наличии выделений из прямой кишки (кровь, гной), трещинах, ссадинах и т. д. Исследование производится пальцем, который защищен перчаткой или напальчником, смазанным вазелином. Палец вводят при натуживании женщины.

При ректальном исследовании определяют, нет ли опухолей, полипов, сужения и других процессов в прямой кишке. Далее ощупывают шейку матки, крестцово-маточные связки, тазовую клетчатку. При помощи наружной руки (ректально-абдоминальное исследование) исследуют тело матки и придатки.

Ректально-вагинальное исследование применяют при наличии патологического процесса в стенке влагалища, кишке или в ректально-вагинальной перегородке. Указательный палец вводят во влагалище, средний — в прямую кишку. Таким образом легко определяются опухоли, инфильтраты и другие изменения в стенке влагалища, кишке и клетчатке, располагающейся между ними.

Зондирование матки

Зондирование матки является дополнительным методом исследования. Оно производится специальным металлическим маточным зондом (рис. 22). Маточный зонд изготовляют из гнущегося металла, что позволяет изменять его форму по усмотрению врача. Один конец имеет форму пуговки, другой, утолщенный, служит рукояткой. На поверхности зонда имеется



Рис. 22. Маточный зонд.

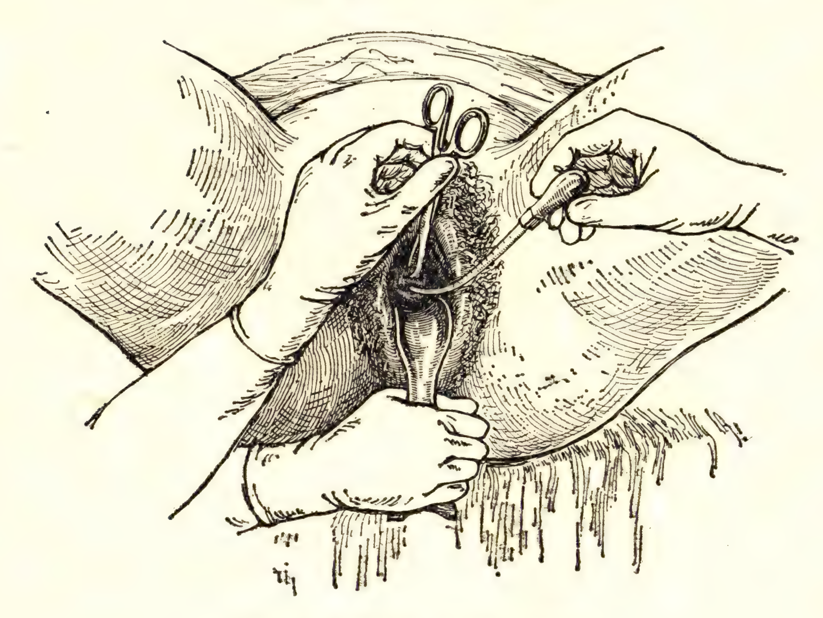


Рис. 23. Введение зонда в матку.

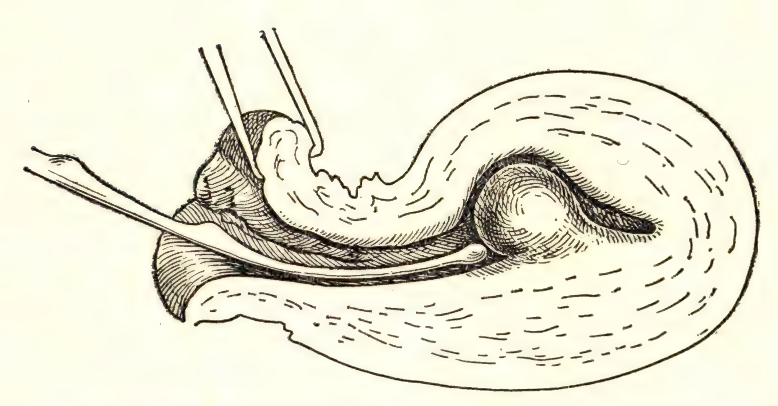


Рис. 24. Зондирование матки при субмукозной миоме.

шкала в сантиметрах, что позволяет использовать его и в качестве измерительного прибора.

Зондирование матки производят в условиях стационара, соблюдая правила асептики и антисептики. Перед зондированием во влагалище вводят зеркала, шейку захватывают пулевыми щипцами. Зонд осторожно вводят в шеечный канал и полость матки (рис. 23). При антефлексии матки

пуговку зонда направляют кпереди, при ретрофлексии — кзади. Выполнение этой технической детали позволяет предупредить повреждение матки (перфорация) при зондировании.

Зондирование выявляет проходимость шеечного канала, стеноз и атрезии, а также перегородки при пороках развития матки (двурогость и др.). В некоторых случаях зондирование позволяет выяснить положение матки и тем самым уточнить диагноз. К подобным случаям относятся опухоли, происхождение которых неясно (матка, придатки, кишечник). Определение положения (и величины) матки зондированием позволяет выяснить исходит ли данная опухоль из матки или придатков.

При помощи зондирования уточняется величина матки. Используя измерительную шкалу, можно выявить увеличение матки (фибромиомы), уменьшение ее (гипоплазия, атрофия), а также удлинение шейки матки. Зондирование может способствовать выявлению миоматозных узлов, вдающихся в полость матки (рис. 24), и деформации ее полости при интерстициальной фибромиоме.

Зондирование с диагностической целью противопоказано: а) при острых и подострых воспалительных заболеваниях матки и придатков, особенно при эндоцервиците гонорейной этиологии; б) при наличии установленной и даже предполагаемой беременности. Зондирование матки применяется не только с диагностической целью, но и перед производством некоторых операций (выскабливание слизистой оболочки матки, влагалищное кесарево сечение и др.).

Исследование при помощи пулевых щипцов

К исследованию при помощи пулевых щипцов прибегают дополнительно к бимануальному методу исследования в тех случаях, когда требуется уточнить связь опухоли с половыми органами. При наличии обособленной от матки подвижной опухоли, располагающейся в нижней части живота, бимануальное исследование может оказаться недостаточным для решения вопроса о происхождении ее (матка, яичник, кишечник и др.). Тонкая и длинная ножка опухоли иногда не определяется с помощью обычных методов исследования, особенно при толстой или напряженной стенке живота. В подобных случаях шейку матки обнажают зеркалами, протирают спиртом и смазывают йодом, а переднюю губу захватывают пулевыми щипцами (рис. 25); можно наложить вторые щипцы на заднюю губу. После этого зеркала удаляют. Помощник потягиванием пулевых щипцов смещает матку книзу.

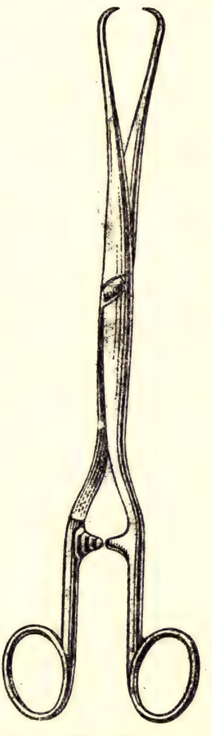


Рис. 25. Пулевые щипцы.

Палец правой руки вводят в прямую кишку (или влагалище), а пальцами левой руки через брюшную стенку отодвигают нижний полюс опухоли кверху (рис. 26). При этом ножка опухоли, исходящей из половых органов (субсерозная миома, кистома яичника и др.), напрягается и становится доступной для прощупывания.

Можно использовать и другой прием. Рукоятки пулевых щипцов, наложенных на шейку матки, остав-

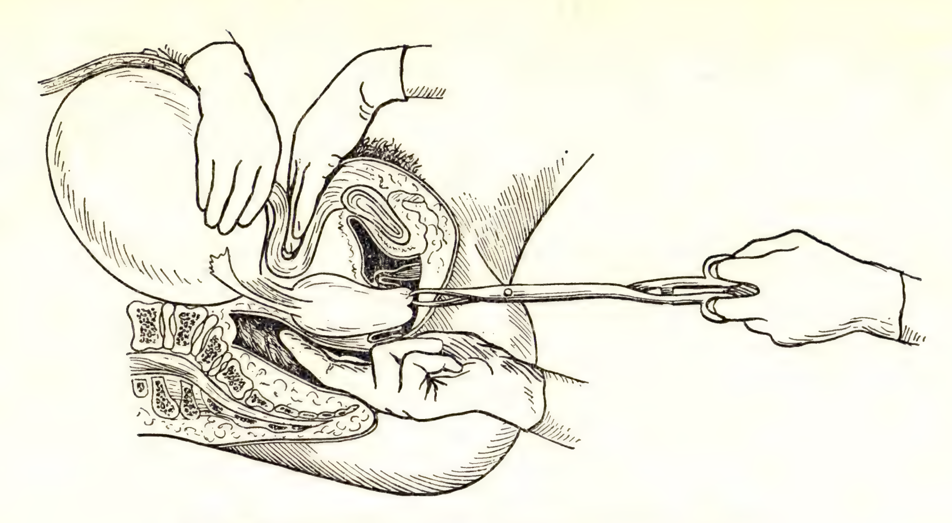


Рис. 26. Исследование при помощи пулевых щипцов.

ляют лежать свободно. Наружными приемами стараются сместить опухоль кверху или кверху и в сторону (вправо или влево). Если опухоль исходит из половых органов, то смещение ее передается матке и пулевые щипцы втягиваются во влагалище. Если опухоль исходит из внутренних органов (кишечник, почка) то рукоятки щипцов остаются неподвижными.

Исследование при помощи пулевых щипцов может помочь отличить опухоль яичника (на ножке) от субсерозной миомы матки. При смещении опухоли яичника кверху пулевые щипцы втягиваются во влагалище меньше, чем при опухоли матки.

Пробное (диагностическое) выскабливание слизистой оболочки матки

Выскабливание слизистой оболочки матки и гистологическое исследование соскоба имеют важнейшее значение для своевременного распознавания злокачественных опухолей матки (рак, хорионэпителиома). Пробное выскабливание производится также при подозрении на остатки плодного яйца, туберкулез эндометрия, полипоз слизистой оболочки.

Выскабливание и гистологическое исследование слизистой оболочки способствуют уточнению причины расстройства менструального цикла (ациклические и циклические кровотечения неясной этиологии и др.).

Для пробного выскабливания требуются следующие инструменты: а) ложкообразные влагалищные зеркала; б) пулевые щипцы; в) маточный зонд; г) набор расширителей; д) набор ложечек (кюреток) для выскабливания.

Цервикальный канал расширяют металлическими расширителями. Расширители имеют цилиндрическую форму, слегка изогнуты, один конец их в виде конуса, другой представляет собой рукоятку (рис. 27). В наборе расширителей диаметр каждого последующего номера больше предыдущего на 0,5—1 мм. Ложечки для выскабливания слизистой оболочки матки имеют различную форму и величину.

Для диагностического выскабливания обычно пользуются окончатыми (петлеобразными) острыми ложечками небольшой величины (рис. 28).

Пробное выскабливание матки производится с соблюдением асептики (стерилизация всех инструментов, дезинфекция наружных половых органов, влагалища и шейки матки спиртом и йодом).

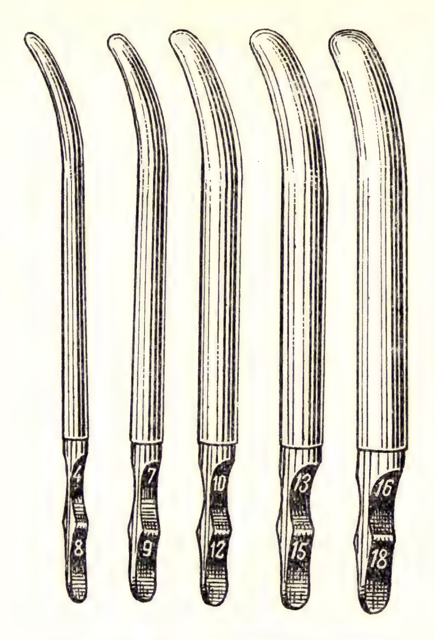


Рис. 27. Расширители Гегара.

Техника операции. После введения зеркал на переднюю губу шейки матки накладывают пулевые щипцы и производят анестезию путем инъекции 0,25% раствора новокаина (по 80—100 мл) в задне-боковые своды. С целью обезболивания можно применить кратковременную ингаляцию закиси азота (с кислородом) или сомбревин (эпонтол) внутривенно. Зондированием уточняют положение матки и длину ее полости, после чего приступают к расширению шеечного канала[1]. Расширители берут, как писчее перо, и держат так, чтобы изгиб их совпадал с изгибом матки у данной больной (антефлексия, ретрофлексия). Расширитель осторожно вводят в канал с таким расчетом, чтобы конец его миновал внутренний зев и вошел немного в полость матки. В шеечном канале его держат несколько секунд, затем извлекают и сразу вводят следующий номер. Расширение начинают обычно с № 3—4 расширителя и заканчивают № 9—10 (при пробном выскабливании). В настоящее время в практику входит более бережный метод дилатации канала шейки матки виброрасширителем.

После расширения шеечного канала производят выскабливание слизистой оболочки матки небольшой ложечкой, которую вводят в полость матки с таким расчетом, чтобы ее изгиб соответствовал изгибу матки. При выскабливании движения совершают от дна матки до внутреннего зева.

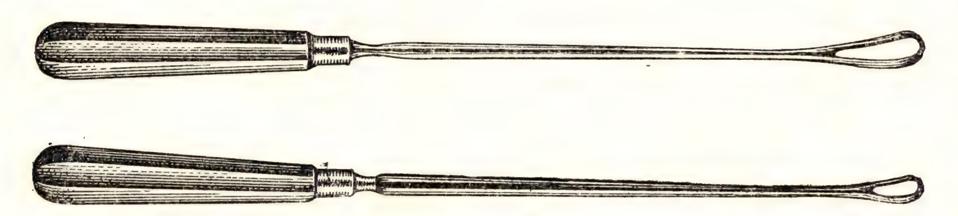


Рис. 28. Ложечка (кюретка) для выскабливания слизистой оболочки матки.

---

[1] При значительном перегибе матки расширению предшествует ее выпрямление, что способствует профилактике перфорации. С целью «выпрямления матки» влагалищную часть шейки матки подтягивают пулевыми щипцами при антефлексии кзади (к крестцу), при ретрофлексии — кпереди (к лону).

Удаляют всю слизистую оболочку матки путем постепенного выскабливания стенок (передней, задней, боковых) и дна матки. Самой маленькой ложечкой выскабливают углы, соответствующие маточным отверстиям труб.

Весь соскоб собирают в лоток, внимательно рассматривают, помещают в баночку с 5% раствором формалина или 96% спиртом и направляют в лабораторию для гистологического исследования (на баночку наклеивают этикетку с указанием фамилии, возраста больной и клинического диагноза). При распространенных и распадающихся опухолях матки (рак, хорионэпителиома и др.) к удалению всей слизистой оболочки стремиться не следует ввиду опасности кровотечения и перфорации матки. В таких случаях удаляют частицы опухоли, достаточные для гистологического исследования. Вмешательство производится в стационаре.

Биопсия

Биопсию и гистологическое исследование вырезанного кусочка применяют при диагностике гинекологических заболеваний довольно часто. Биопсию производят при патологических процессах (изъязвления, опухоли, папилломы и др.), подозрительных в отношении злокачественности и локализующихся в области шейки матки, влагалища, вульвы и наружных половых органов. При этом соблюдают все правила асептики. Техника биопсии несложна. Биопсия из шейки матки сводится к следующему. Во влагалище вводят зеркала. На губу шейки матки накладывают две пары пулевых щипцов с таким расчетом, чтобы участок, подлежащий биопсии, располагался между ними. Из подозрительного участка вырезают клиновидный кусочек, заостряющийся в глубь ткани (рис. 29).

Такой кусочек должен содержать не только пораженную ткань, но и часть здоровой ткани. На образовавшийся дефект ткани накладывают

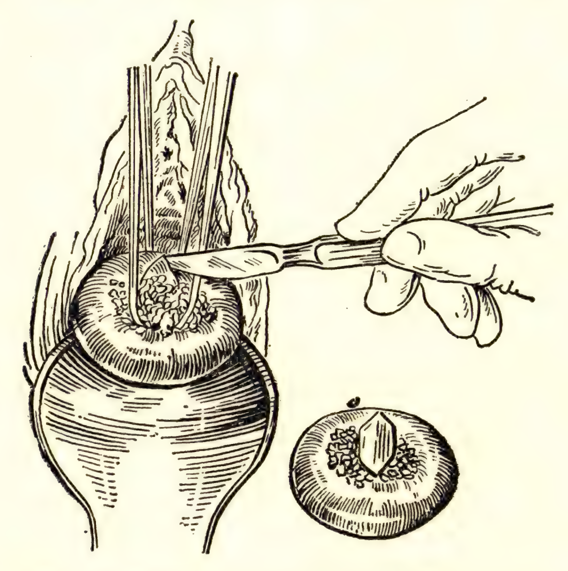


Рис. 29. Взятие кусочка ткани шейки матки для исследования (биопсия).

узловатые кетгутовые швы. Если дефект невелик или ткань легко разрушается (рак), можно ограничиться обработкой раны спиртом или йодом и тампонадой влагалища с целью гемостаза.

Кусочек для исследования можно получить при помощи специальных щипцов-кусачек. В настоящее время широко используют прицельную биопсию — взятие участка ткани шейки матки после кольпоскопии.

Пробный прокол (пункция)

Пробный прокол как вспомогательный метод диагностики применяется чаще всего при подозрении на прорвавшуюся внематочную беременность (при недостаточно ясной клинической картине). Иногда при воспалительных заболеваниях появляется выпот в маточно-прямокишечном углублении. С целью выяснения характера выпота (серозный, гнойный) и лабораторного исследования (посевы на среду, введение свинкам при подозрении на туберкулез) производят прокол через задний свод.

При скоплении гноя в маточно-прямокишечном кармане пункция предшествует кольпотомии.

При подозрении на гнойную опухоль придатков (пиосальпинкс, пиовариум) пункцию можно производить в том случае, если эти образования фиксированы сзади матки и нижний полюс их доступен через задний свод. В подобных случаях после извлечения гноя показано введение в полость гнойной опухоли антибиотика.

В прошлом пунктировали опухоли непосредственно через брюшную стенку. В настоящее время указанный метод не применяется ввиду связанной с ним опасности: а) повреждения внутренних органов (кишечник, сальник); б) излития содержимого опухоли через пункционное отверстие в брюшную полость с последующим обсеменением брюшины.

Прокол обычно производится через задний влагалищный свод, к которому непосредственно прилегает брюшина прямокишечно-маточного

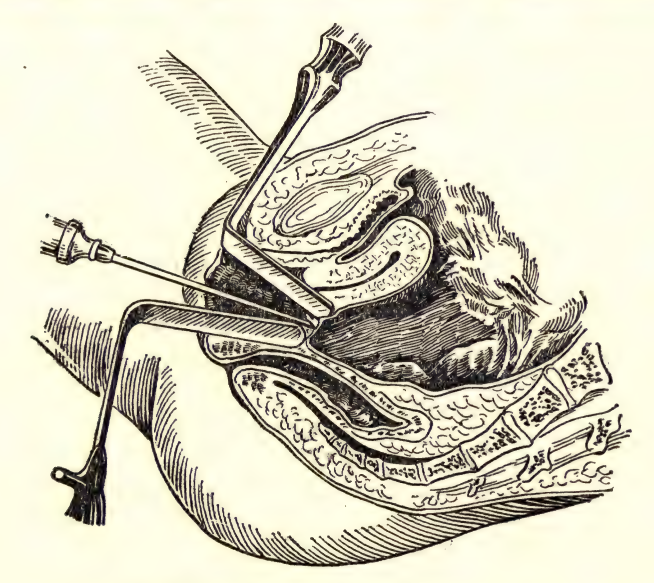


Рис. 30. Пункция через задний свод влагалища.

пространства. Прокол через передний свод недопустим потому, что при этом прокалывается мочевой пузырь. Не рекомендуется пунктировать через боковые своды ввиду возможности ранения маточных сосудов и близости мочеточников.

Техника пункции через задний свод. Наружные половые органы, влагалище и шейку матки протирают спиртом и смазывают йодом. После введения зеркал заднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами и оттягивают кпереди (к симфизу). На шприц надевают хорошо заостренную длинную (12—14 см) иглу с довольно широким просветом.

Прокол производят в центре заднего свода (рис. 30) на глубину 1—2 см, а при наличии плотного инфильтрата — несколько глубже. Жидкость извлекают обратным движением поршня. Если это не удается, рекомендуется насасывание жидкости при одновременном медленном извлечении иглы.

Продувание маточных труб (pertubatio)

Продувание маточных труб производится с целью выяснения их проходимости, что имеет существенное значение для диагностики причин бесплодия.

Непроходимость маточных труб, возникающая обычно в связи с их воспалением, является одной из наиболее частых причин бесплодия женщин. Нарушение проходимости маточных труб вследствие закрытия абдоминального конца, реже истмической или интерстициальной части, нередко бывает конечным результатом перенесенного воспаления, когда грубые изменения (отек, инфильтрация, болезненность) исчезают. В подобных случаях последствия воспаления (спайки, рубцы) при бимануальном исследовании нередко не определяются и для установления проходимости маточных труб приходится прибегать к их продуванию.

Метод продувания с целью диагностики трубного бесплодия применяют в тех случаях, когда исключаются другие причины стерильности (инфантилизм, нарушение функции желез внутренней секреции, опухоли, неполноценность спермы мужа и др.).

Принцип метода заключается в следующем. При помощи специальной аппаратуры (см. *«Бесплодие»*) в полость матки вводят небольшое количество воздуха, который при проходимости труб проникает через их просвет в брюшную полость. Воздух вводят под небольшим давлением (обычно не выше 150 мм рт. ст.), которое контролируют манометром. Симптомы проходимости труб: а) при аускультации над лоном выслушивается звук, образующийся при прохождении воздуха через трубу; б) в момент продувания стрелка манометра падает; в) может появиться френикус-симптом (более подробные данные о продувании маточных труб изложены в главе «Бесплодие»).

В настоящее время с целью выяснения проходимости труб предпочитают гистеросальпингографию.

Гидротубация. Для распознавания проходимости труб можно применить гидротубацию — введение жидкости в маточные трубы. Стерильный раствор (физиологический раствор с примесью раствора новокаина, антибактериальных препаратов и др.) вводится с помощью аппарата для продувания труб (под давлением 150—180 мм рт. ст.). При про-

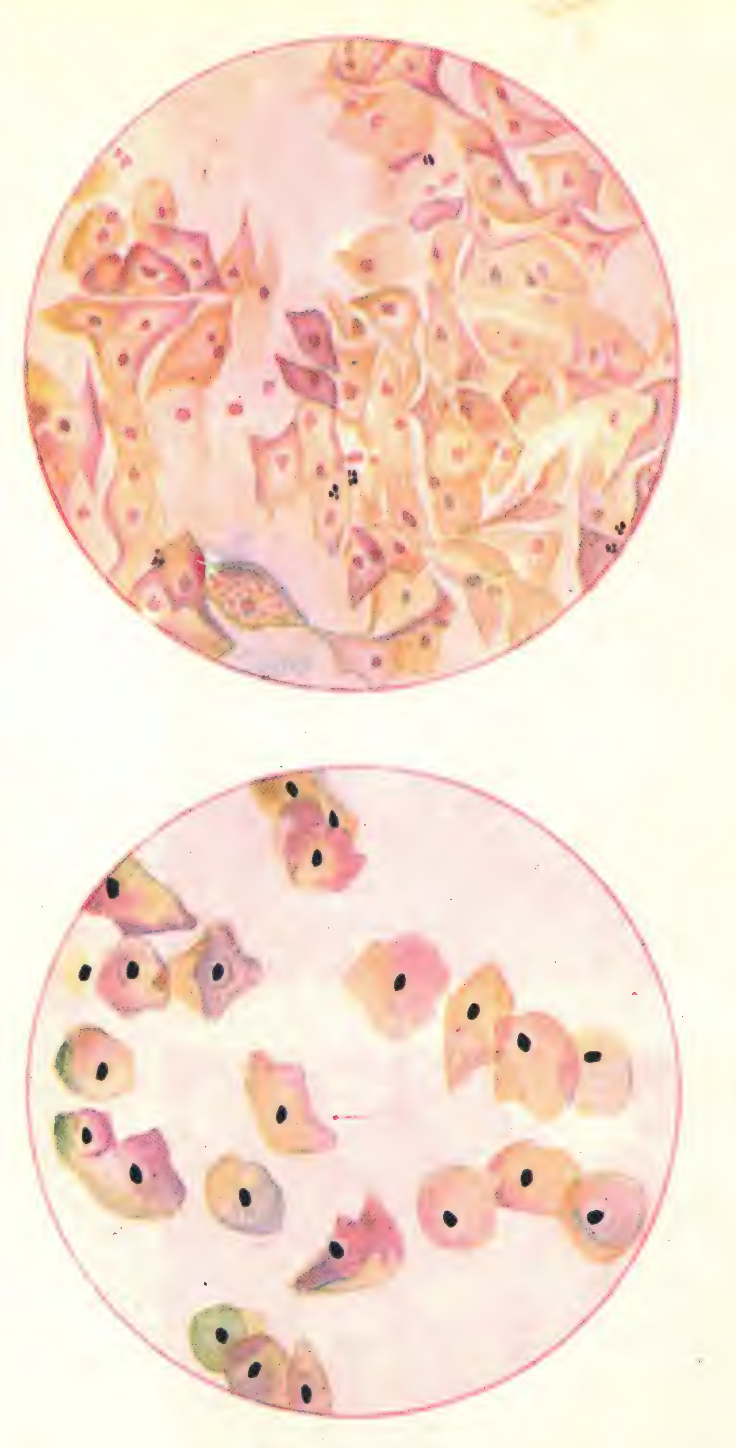


Рис. 38 (продолжение).
в — третья реакция; *г* — четвертая реакция;

К стр. 39

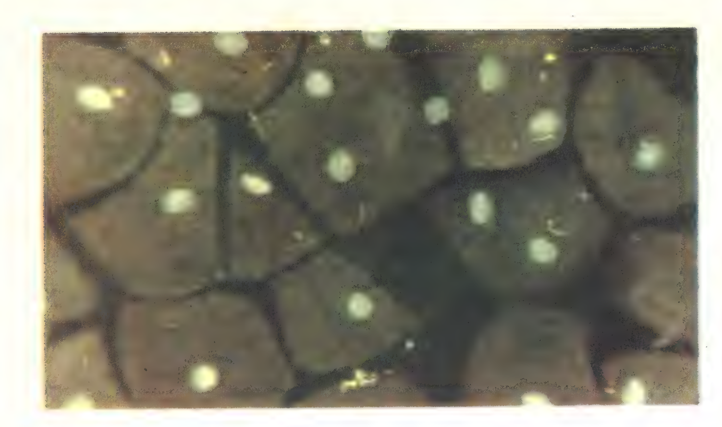


Рис. 39. Мазок из содержимого влагалища. Клетки неизмененного плоского эпителия. На поверхности клеток и между ними влагалищные бациллы (люминесцентная микроскопия).

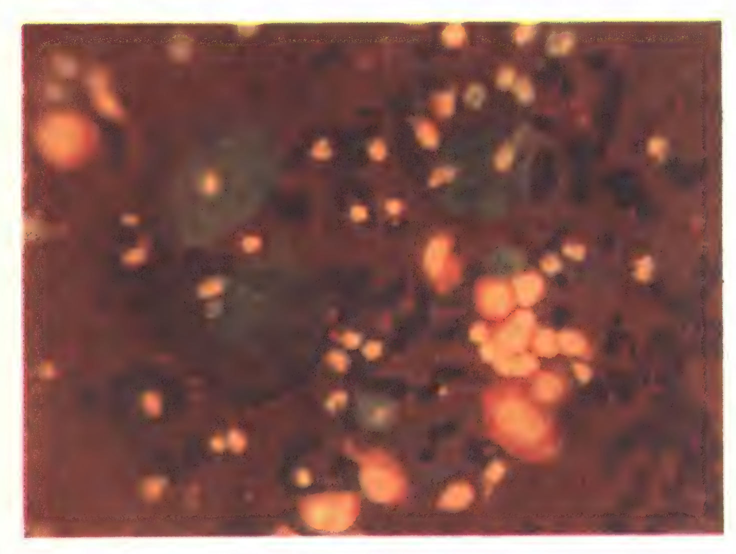


Рис. 40. Мазок из содержимого влагалища при раке шейки матки. Наряду с неизмененными клетками плоского эпителия (зеленое свечение) видны атипические клетки с оранжевой флюоресценцией цитоплазмы и желтыми ядрами (люминесцентная микроскопия).

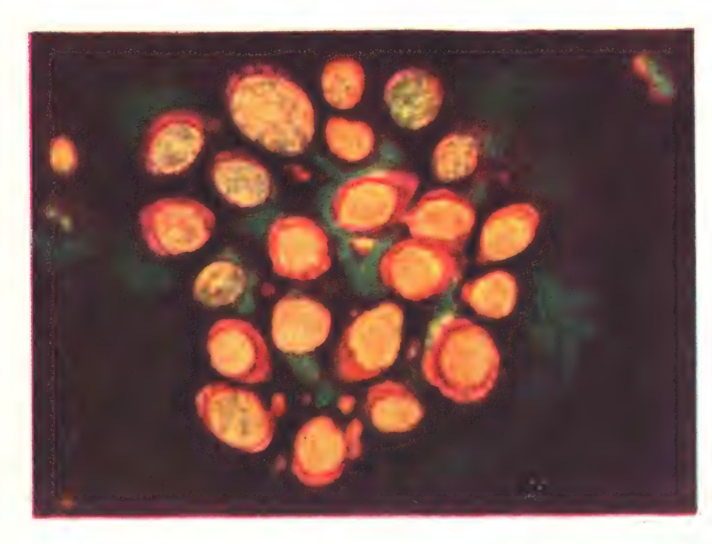


Рис. 41. Комплекс атипических клеток при раке шейки матки (люминесцентная микроскопия).



Рис. 31. Гистеросальпингография. Субмукозный миоматозный узел, исходящий из дна матки.

ходимых трубах давление жидкости (определяется манометром) вначале несколько повышается, затем падает. При непроходимости труб давление возрастает.

Метод гидротубации применяется и с лечебной целью.

Рентгеноконтрастные методы исследования

Гистеросальпингография. Контрольную рентгенографию (сальпингография) маточных труб применяют с целью выяснения их проходимости. Наряду с этим сальпингография позволяет уточнить место закрытия просвета (ампулярная, истмическая, интерстициальная часть), что имеет значение для выбора метода хирургического лечения бесплодия. Контрастная метрография позволяет выявить патологические процессы, вызывающие изменения величины и формы полости матки: миомы (рис. 31), полипы, рак, эндометриоз и др.

Метрографию чаще всего применяют для уточнения диагноза субмукозной миомы, аномалий развития матки, внутриматочных сращений (синехий), возникающих после грубого выскабливания матки, тяжелого эндометрита, туберкулеза эндометрия. Сущность гистеросальпингографии заключается в том, что в полость матки при помощи маточного наконечника, соединенного со шприцем, вводят 2—5 мл (в соответствии с величиной матки) контрастного вещества: йодолипол или водные растворы (диодон, диотраст, кардиотраст и др.). Рентгенографию производят в горизонтальном положении больной. При определении проходимости труб снимки производят дополнительно через 5—10 мин (в сомнительных случаях рекомендуется дополнительная рентгенография через 24 ч).

Если трубы проходимы, контрастное вещество выявляется в брюшной полости (малый таз). При непроходимости труб контрастное вещество задерживается в их просвете (непроходимость в ампулярной или истмической части) или совсем не проникает в полость маточных труб (непроходимость в интерстициальном отделе).



Рис. 32. Пневмопельвиграфия. Матка и придатки без изменений.

При наличии субмукозного миоматозного узла или полипа выявляется дефект наполнения соответствующей величины и формы. Метросальпингография производится при соблюдении всех правил асептики в условиях стационара спустя 8—10 дней после менструации или во второй фазе цикла.

Гистеросальпингография противопоказана при наличии острых и подострых воспалительных заболеваний, особенно при гонорейном эндометрите, эрозии, белях, подозрении на беременность (маточную и внематочную), после выскабливания матки.

Пневмопельвиграфия. В последние годы для диагностики гинекологических заболеваний шире применяется рентгенография органов малого таза после введения газа в брюшную полость (пневмоперитонеум). При наличии газа на рентгенограмме отчетливо выявляются наружные контуры матки, труб и яичников (невидимые без предварительного создания пневмоперитонеума). Рентгенография органов малого таза на фоне пневмоперитонеума называется газовой пневмопельвиографией (син.: пневмогинекография, рентгенопельвиграфия, газовая пельвиграфия и др.).

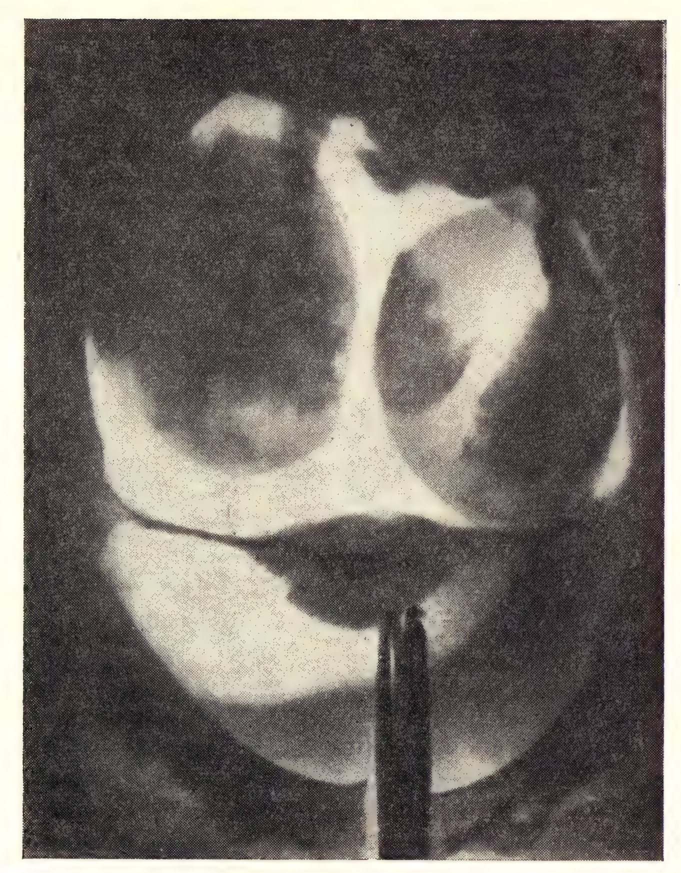


Рис. 33. Пневмопельвиграфия. Двусторонние опухоли яичников.

Пневмопельвиграфия показана при распознавании новообразований матки и яичников, аномалий развития, опухолевидных образований воспалительной этиологии и других патологических процессов, когда диагностика затрудняется в связи с нечеткими контурами опухоли, ожирением, невозможности применения бимануального исследования (девственница, аплазия влагалища и др.) и др.

Противопоказаниями к пневмопельвиграфии являются заболевания центральной нервной системы, сердечно-сосудистая недостаточность, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулез, острые воспалительные заболевания половых органов и других органов, обширные опухоли в брюшной полости.

До применения метода проводится подготовка больной (очистительная клизма, диета, исключающая газообразование, опорожнение мочевого пузыря).

Прокол брюшной стенки производится по наружному краю прямой мышцы живота слева, на середине расстояния между пупком и передневерхней остью подвздошной кости. В брюшную полость вводят 700—800 см^3 кислорода или углекислоты (женщинам высокого роста и при



Рис. 34. Биконтрастная пневмопельвиграфия. Субсерозный миоматозный узел.

ожирении количество вводимого газа увеличивается до 1300—1500 см^3). Затем делают рентгеновские снимки при горизонтальном положении женщины на животе с приподнятым тазом.

На рентгенограмме видны очертания матки, маточных труб, яичников (рис. 32) и связанных с ними (исходящих из них) опухолей (рис. 33) и др.

Биконтрастная пневмопельвиграфия. Для некоторых гинекологических заболеваний имеет важное значение изучение не только наружных контуров, но и рельефа слизистой оболочки матки и труб. В таких случаях пневмопельвиграфия применяется одновременно с метросальпингографией. Такой метод называется биконтрастной пневмопельвиграфией (биконтрастная рентгенопельвиграфия). Показаниями являются подозрение на туберкулез труб, субмукозную миому (рис. 34), эндометриоз, необходимость тщательного исследования труб при бесплодии.

Противопоказаниями служат те же заболевания, при которых нельзя производить пневмопельвиграфию. Оба метода применяются при строгом учете показаний и противопоказаний.

Рентгенологический метод исследования (с введением контрастных веществ) применяется при диагностике органических дефектов в обла-

сти истмуса и внутреннего зева канала шейки матки или функциональной недостаточности внутреннего зева. Изменение в этой области (истмико-цервикальная недостаточность) нередко возникает после абортов и ведет к самопроизвольному прерыванию последующих беременностей.

Рентгенография сравнительно редко находит применение при распознавании аномалии строения, стенозов, атрезии и других патологических процессов в области влагалища.

Тазовая флебография. При наличии затруднений в распознавании новообразований матки и придатков и степени распространения злокачественных опухолей в некоторых учреждениях применяют тазовую флебографию. Сущность метода заключается во введении контрастного вещества в венозную систему малого таза (непосредственно в вену, через стенку матки или в горизонтальную ветвь лонной кости) и последующей рентгенографии. Особенности сосудистой сети, отраженной на рентгенограммах, позволяют уточнить топическую диагностику патологического процесса и судить о характере его. В качестве контрастных веществ применяют водорастворимые препараты йода (кардиотраст, диодон и др.).

Тазовая лимфография. Лимфография применяется для уточнения стадии распространения ракового процесса, определения радикальности операции и контроля лучевой терапии. Контрастное вещество (водорастворимый или масляный раствор йода) вводят в лимфатический сосуд тыла стопы — прямая лимфография или в мягкие ткани — непрямая лимфография. На рентгенограммах, выполненных после введения контрастного вещества, видна сеть лимфатических сосудов, расширение сосудов, лимфостаз, деформация лимфатических узлов и т. д.

Тазовая флебография и лимфография применяются в крупных медицинских учреждениях, где имеются соответствующее оборудование и специалисты.

Противопоказаниями к применению флебографии и лимфографии являются: общее тяжелое состояние, заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек, идиосинкразия к йодистым препаратам и др.

Катетеризация мочевого пузыря

Катетеризацию мочевого пузыря в гинекологической практике применяют как с лечебной, так и с диагностической целью.

Катетеризацию производят женским (реже мужским) металлическим катетером (рис. 35), который стерилизуют кипячением. Наружные половые органы (главным образом область наружного отверстия уретры) очищают от выделений и протирают спиртом или другим дезинфицирующим раствором. После катетеризации мочевой пузырь с профилактической целью промывают раствором перманганата калия или борной кислоты. Катетеризацию мочевого пузыря как метод исследования при-



Рис. 35. Женский катетер.

меняют при пузырно-влагалищных свищах: а) для уточнения расположения и величины их; б) с целью установления свища небольшого размера (через катетер в мочевой пузырь вводят окрашенную жидкость, которая при наличии свища вытекает во влагалище; в) при необходимости комбинированного исследования свища катетером (со стороны мочевого пузыря) и зондом (со стороны влагалища).

Катетеризацию производят для выяснения вместимости мочевого пузыря, при подозрении на камень или инородное тело в мочевом пузыре, при необходимости выпустить остаточную мочу в процессе гинекологического исследования.

Эндоскопические методы исследования

Кольпоскопия. Кольпоскоп представляет собой бинокулярную или монокулярную лупу, фиксированную на штативе и снабженную осветительным прибором. С помощью кольпоскопа достигается увеличение исследуемой области в 10—30 раз и больше. Существуют модели кольпоскопов с приспособлением для фотографирования исследуемых участков (рис. 36).

Кольпоскоп позволяет выявить невидимые невооруженным глазом детали строения опухолей, эрозий (рис. 37, *а, б*), лейкоплакий, кондиломатозных разрастаний и другие патологические процессы в области шейки матки и влагалища.

Кольпоскопия оказывает большую помощь при ранней диагностике рака шейки матки (и влагалища). Она позволяет выявить не только начальные формы этого заболевания, но также и процессы, указывающие на озлокачествление эрозий, лейкоплакий и др. (соответствующие изменения в эпителии, сосудах и т. д.).

Рис. 36. Кольпоскоп с приспособлением для фотографирования.

Кольпоскопия способствует правильному выбору участка для биопсии и позволяет контролировать особенности течения патологических процессов, в частности процессы заживления при тех или иных методах лечения.

Кольпоскопия (вагиноскопия) применяется для диагностики воспалительных заболеваний, новообразований и других патологических процессов в области шейки матки и влагалища у детей. Для осмотра влагалища и шейки матки у детей сконструирован вагиноскоп, имеющий форму тонкого катетера с осветительным прибором. Вагиноскоп вводят через отверстие в девственной плеве без повреждения ее.

Гистероскопия. Гистероскоп — цилиндрической формы инструмент, снабженный оптической системой, позволяющий произвести осмотр внутренней поверхности матки. При гистероскопии выявляются гиперплазия слизистой, полипы, субмукозная миома, рак тела матки и эндометриоз, а также другие патологические процессы в области слизистой оболочки матки. Однако осмотр иногда затрудняется в связи с повреждением нежной, легкоранимой слизистой оболочки и начинающимся кровотечением. Оценка результатов исследования производится опытным специалистом.

Пробное выскабливание с гистологическим исследованием соскоба как более простой метод позволяет обходиться без гистероскопии.

Ректоскопия. Ректоскоп представляет собой трубчатое зеркало с окуляром и осветительным прибором. Инструмент позволяет произвести осмотр стенок прямой кишки, а при глубоком введении удается исследовать нижний отдел сигмовидной кишки.

Ректоскопия показана при подозрении на рак прямой кишки (кровотечение неясной этиологии), а также при раке шейки матки III стадии перед применением радия, чтобы исключить возможность перехода процесса на стенку кишки при новообразовании яичника.

Ректоскопию применяют также при гонорейном проктите, прорыве в кишку гнойников, образовавшихся в половых органах, при ретроцервикальном эндометриозе, ректо-вагинальных свищах.

Цистоскопия. Цистоскоп, представляющий собой сложный оптический прибор, используют в гинекологии для распознавания ряда заболеваний половых органов и мочевого пузыря. Перед цистоскопией в мочевой пузырь вводят раствор борной кислоты (200—250 мл), а затем осторожно цистоскоп и осматривают внутреннюю поверхность пузыря при постепенном вращении инструмента вокруг продольной оси и передвижении вперед и назад.

При цистоскопии выявляются заболевания мочевого пузыря (воспалительные процессы, опухоли, полипы, камни), а также изменения его, связанные с заболеваниями половых органов (рак матки, воспалительные процессы, смещение матки и др.). Цистоскопия является важнейшим методом исследования при мочеполовых свищах. При наличии больших свищей перед цистоскопией влагалище тампонируют с целью предупреждения вытекания жидкости из мочевого пузыря во влагалище.

Лапароскопия и кульдоскопия. Для уточнения диагноза гинекологических заболеваний иногда возникает необходимость осмотра органов малого таза при помощи специальных оптических инструментов, вводимых в брюшную полость. Этот осмотр может производиться путем введения оптического инструмента через брюшную стенку — лапароскопия или через задний свод влагалища — кульдоскопия. Эти методы исследования применяют при затруднениях в дифференицальной диагностике между опухолями матки и яичников с опухолевидными образованиями воспалительной этиологии (сактосальпинкс, тубовариальная киста) для подтверждения диагноза при подозрении на эндометриоз, внематочную беременность, склерокистозные яичники и др.

Вопрос о пути введения инструмента решается индивидуально в зависимости от толщины жировых отложений на передней (брюшной стенке, расположения образования, подлежащего осмотру (спереди от матки — лучше лапароскопия, сзади от матки — желательно кульдоскопия) и др.

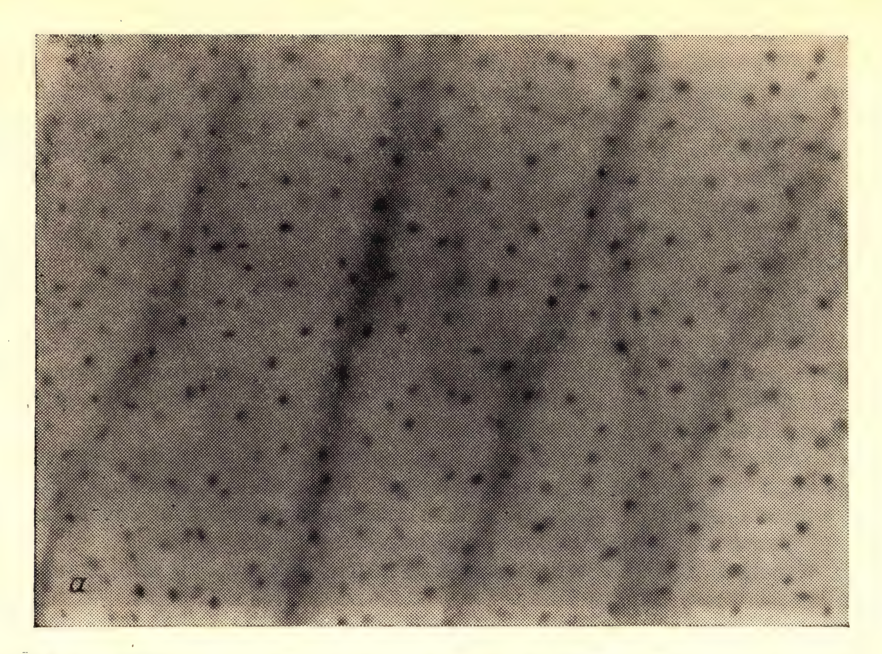


Рис. 37а. Кольпомикроскопическая картина нормального плоского эпителия шейки матки.

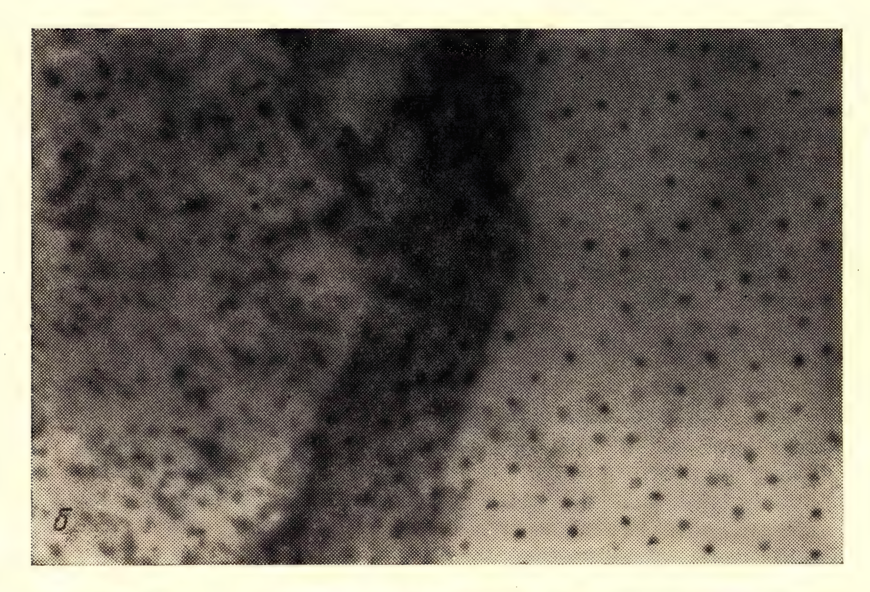


Рис. 37б. Кольпомикроскопическая картина при псевдоэрозии шейки матки.

Справа на светлом фоне ядра плоского эпителия, слева на более темном фоне — цилиндрический эпителий.

Противопоказаниями к лапароскопии и кульдоскопии являются острые и подострые воспалительные процессы в органах брюшной полости, маточная беременность, наличие спаечных процессов (перитонит, чревосечение в анамнезе), декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь и другие тяжелые заболевания.

Лапароскопия осуществляется путем введения в брюшную полость лапароскопа (можно применить и торакоскоп). Лапароскопия и кульдоскопия производятся в условиях стационара с соблюдением правил асептики и обезболивания.

Лапароскопия осуществляется на операционном столе после прокола брюшной стенки и наложения пневмоперитонеума (см. с. 66). После введения газа в брюшную полость головной конец стола опускают (чтобы газ переместился в область малого таза), производят надрез кожи, брюшную стенку прокалывают троакаром, через который вводят лапароскоп. Включив осветительный прибор лапароскопа, тщательно осматривают органы малого таза и выявляют характер патологического процесса в области матки, яичников, труб.

Кульдоскопия осуществляется следующим образом. В положении на спине производят обработку наружных половых органов дезинфицирующим средством и обезболивание путем введения в своды 0,25% раствора новокаина. Затем больную переводят в коленно-локтевое положение, с помощью зеркал обнажают задний свод влагалища и в его центре делают прокол. При этом в брюшную полость самостоятельно входит воздух, который отодвигает кишечник по направлению к диафрагме. После этого производят надрез заднего свода (по ходу введенной иглы). Через отверстие вводят троакар, а через гильзу его — лапароскоп. При поворачивании лапароскопа осматривают заднюю поверхность матки, яичники и трубы, которые обычно хорошо видны. При правильном выполнении кульдоскопии хорошо видны различные патологические процессы (узлы миомы, кисты, склерокистозные яичники, новообразования и др.).

Для практического применения эндоскопических методов исследования необходимы соответствующие навыки.

Ультразвуковое исследование. При наличии ультразвукового диагностического аппарата в качестве дополнительного метода распознавания опухолей и опухолевидных образований половых органов применяется ультразвуковое исследование. Метод основан на свойстве тканей различной плотности по-разному поглощать ультразвуковую энергию. Проникнув в исследуемые ткани, ультразвук частично поглощается; отраженная энергия попадает на преобразователь, превращаясь в электрические колебания; при этом на экране электронно-лучевых трубок аппарата происходит регистрация отраженных импульсов — получается эхограмма. Показатели эхограммы позволяют судить о некоторых особенностях опухолей и опухолевидных образований.

Пробное чревосечение

Чревосечение с диагностической целью применяют редко, при невозможности определить характер заболевания другими методами исследования. К пробному чревосечению приходится прибегать главным образом при подозрении на злокачественные новообразования. Этот вид вмешательства в соответствующих случаях заканчивается операцией. Если

операцию произвести нельзя, ограничиваются осмотром органов малого таза и брюшной полости и иссечением кусочка ткани для гистологического исследования.

Цитологические методы и другие тесты функциональной диагностики

Цитологическая картина влагалищных мазков. В гинекологической практике нередко возникает необходимость выяснения гормональной функции яичников. С этой целью применяют следующие цитологические методы исследования.

1. Изучение соскоба эндометрия и выяснение характера происходящих в нем циклических процессов.
2. Определение в крови и моче овариальных гормонов и продуктов их метаболизма химическим или биологическим способом.
3. Изучение цитологической картины мазков из содержимого влагалища.
4. Наблюдение над феноменом «зрачка» и др.

Метод изучения цитологической картины содержимого влагалища прост и доступен для выполнения в поликлинических условиях. Содержимое влагалища набирают стеклянной пипеткой из верхнего отдела его и размазывают на предметном стекле. Мазок фиксируют в смеси спирта с эфиром, окрашивают в течение 15 мин гематоксилином, 2—3 мин 1% водным раствором эозина, обезвоживают, просветляют и заключают в канадский бальзам под покровное стекло. Обработка мазка может быть упрощена: окрашивание в течение минуты фуксином, смывание и подсушивание.

В мазке самыми важными элементами являются отторгшиеся эпителиальные клетки разных типов. Различают следующие виды эпителиальных клеток (рис. 38).

1. Ороговевающие клетки из поверхностных слоев влагалищного эпителия имеют большую величину, слабо окрашивающуюся протоплазму и пикнотичное ядро. Наличие этих клеток характерно для фолликулиновой фазы яичникового цикла.
2. Промежуточные клетки, образующиеся из самых поверхностных отделов шиповидного слоя слизистой оболочки, имеют меньшую величину, чем ороговевающие клетки, и более крупное ядро. Встречаются во всех фазах цикла, но главным образом в лютеиновой фазе.
3. Базальные, или атрофические, клетки, происходящие из внутренних отделов шиповидного слоя, имеют небольшую величину и сравнительно большое ядро. Обнаруживаются в менопаузе, а в период половой зрелости — при выраженной гипофункции яичников.

По соотношению эпителиальных клеток указанных типов судят о функциональном состоянии яичников. При этом учитывают и количество лейкоцитов в мазке.

Различают следующие цитологические типы, или реакции.

Первая реакция. Мазок состоит из базальных (атрофических) клеток и лейкоцитов. Реакция характеризует резкую недостаточность эстрогенных гормонов.

Вторая реакция. В мазке базальные и промежуточные клетки и лейкоциты с преобладанием базальных клеток и лейкоцитов. Цитологическая картина характерна для значительной эстрогенной недостаточности.

Третья реакция. В мазке преобладают промежуточные клетки и встречаются единичные парабазальные клетки. Реакция характерна для умеренной эстрогенной недостаточности.

Четвертая реакция. Мазок состоит из ороговевающих клеток, базальные клетки и лейкоциты отсутствуют. Реакция типична для достаточной эстрогенной функции яичников. Иногда четвертая реакция наблюдается при избыточном (не снижающемся циклически) содержании эстрогенов в организме. Соотношение между различными типами клеток в содержимом влагалища меняется не только в разные фазы нормального менструального цикла, но также при его нарушениях. Поэтому при цитологической диагностике расстройств функции яичников лучше пользоваться подсчетом и определением процента поверхностных клеток плоского эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу поверхностных клеток (кариопикнотический индекс).

Высокий кариопикнотический индекс указывает на достаточное (или избыточное) содержание эстрогенных гормонов в организме в момент исследования.

Применяются также подсчет и определение соотношений между ацидофильными и базофильными клетками (ацидофильный индекс), что осуществимо при полихромной окраске мазков. Эстрогенная стимуляция повышает число клеток, окрашивающихся в ацидофильные тона, прогестероновая — ведет к преобладанию клеток с базофильной окраской.

В последние годы применяются специальные методы цитологического исследования: фазово-контрастная микроскопия, люминесцентно-микроскопический метод и др.

С помощью фазово-контрастной микроскопии исследуют нативные (неокрашенные) препараты с целью диагностики гинекологических заболеваний (нарушения функции яичников, рак и др.).

Для ранней диагностики рака шейки и тела матки применяется метод люминесцентной микроскопии. Изучению подвергаются мазки и препараты, обработанные флюорохромными красителями, преимущественно акридиновым оранжевым. Исследование препаратов производится при помощи люминесцентного микроскопа. Распознавание атипичных (раковых) клеток основывается на морфологических особенностях и характере их свечения. Нормальные клетки плоского многослойного эпителия характеризуются преимущественно темно-зеленым свечением протоплазмы и светло-зеленым свечением ядер (рис. 39). Атипическим клеткам свойственно ярко-красное или оранжевое свечение протоплазмы и светло-желтый (желто-зеленый) цвет ядер (рис. 40 и 41).

Феномен «зрачка». О функциональном состоянии яичников, кроме цитологической картины влагалищного мазка, судят по колебаниям температуры, измеряемой в прямой кишке (см. главу III) и по феномену «зрачка». Сущность указанной реакции состоит в следующем:

В фолликулиновой фазе цикла железы шеечного канала продуцируют прозрачный слизистый секрет, количество которого постепенно увеличивается и достигает наивысшей величины в период овуляции. По мере продукции секрета наружное отверстие шеечного канала все больше расширяется и достигает в диаметре 0,25—0,3 см, сохраняя форму, присущую зеву данной шейки.

При освещении обнаженной шейки с помощью влагалищных зеркал расширенное отверстие шеечного канала выглядит темным и напоминает «зрачок». В канале шейки матки обнаруживается стекловидная прозрачная слизь. В лютеиновой фазе феномен «зрачка» исчезает (наруж-

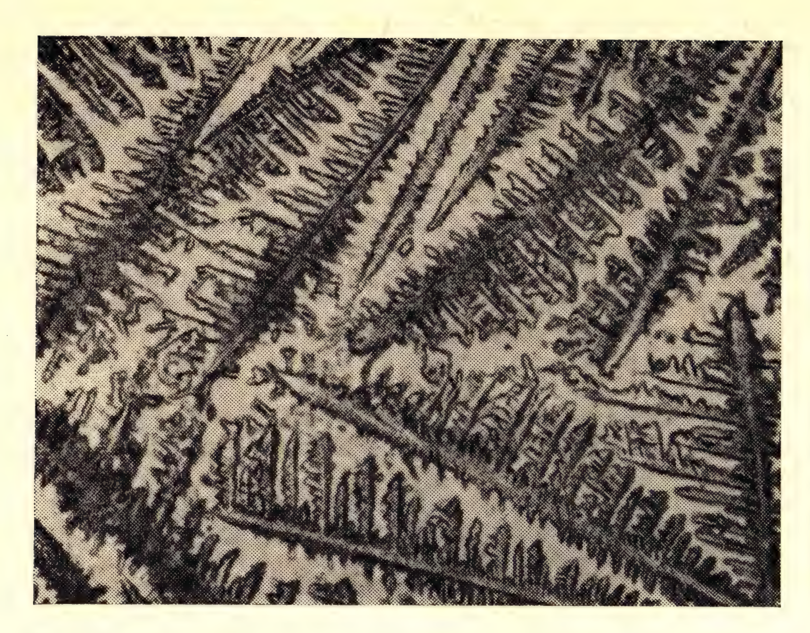


Рис. 42. Кристаллизация слизистого секрета желез шейки матки на 12—14-й день цикла (рисунок папоротника отчетливый).



Рис. 43. Характер кристаллизации шеечной слизи на 18—21-й день цикла. Рисунок папоротника утрачивает отчетливость.

ное отверстие шейки суживается, обилия слизи нет, шейка «сухая»). Этот феномен имеет определенное диагностическое значение. В первые месяцы беременности при наличии прогрессирующего желтого тела феномен «зрачка» отсутствует. При персистенции фолликула (однофазовый цикл) феномен «зрачка» ярко выражен и держится до наступления кровотечения. При аменорее феномен «зрачка» отсутствует или слабо выражен в зависимости от степени недостаточности эстрогенной функции яичников.

Симптом кристаллизации (арборизации) отделяемого шеечного канала. Слизистый секрет шейки матки при высушивании на воздухе подвергается кристаллизации с образованием древовидного рисунка (рис. 42). Это связано с взаимодействием (при высыхании) хлорида натрия и муцина, которые содержатся в шеечной слизи.

Слизь для исследования (2—3 капли) наносят на предметное стекло, высушивают на воздухе 10—15 мин, добавляют каплю физиологического раствора и рассматривают под микроскопом. Феномен кристаллизации начинает выявляться с 5—7-го дня и становится наиболее ярко выраженным к моменту овуляции. В это время мазок из шеечного секрета напоминает лист папоротника. В период развития желтого тела кристаллизация уменьшается и происходит изменение ее характера. Элементы листа располагаются радиально или крестообразно (рис. 43), края их становятся неотчетливыми и т. д. За несколько дней до менструации кристаллизация исчезает.

Феномен кристаллизации шеечной слизи может быть использован как вспомогательный тест эстрогенной активности яичников и для установления наличия (или отсутствия) овуляции. Это имеет значение для диагностики и лечения нарушений менструальной и генеративной функций.

Изучение окрашенных мазков

При многих гинекологических заболеваниях важнейшим диагностическим методом являются биопсия и пробное выскабливание слизистой оболочки матки.

В настоящее время широко используется цитологический метод исследования. Материал для него добывают из участков, подлежащих исследованию (шейка или полость матки, влагалище, асцитическая жидкость, содержимое опухоли и т. д.).

Материал для мазков получают разными способами. Из полости матки, канала шейки матки и опухолей его аспирируют шприцем. Содержимое влагалища для исследования набирают стеклянной пипеткой, снабженной резиновой грушей. Таким же путем получают для цитологического исследования асцитическую жидкость. Экссудаты, добытые аспирационным путем, перед приготовлением мазка центрифугируют. При наличии изъязвлений на шейке матки и других доступных отделах половых органов пользуются методом мазков-отпечатков. Для получения отпечатков стерильное высушенное предметное стекло прикладывают к поверхности исследуемого объекта.

Мазки из полученного материала обрабатывают, как гистологические препараты. При микроскопическом изучении мазков-препаратов выявляются клеточные элементы, присущие данному патологическому процессу (клетки опухолей, лейкоциты, эпителиальные клетки и т. д.).

Все указанные выше методы исследования обычно представляют достаточно убедительные данные для распознавания гинекологических заболеваний. При необходимости получения дополнительных данных в гинекологической практике используются биохимические, бактериологические и другие дополнительные методы исследования.

Эндокринологические методы

В гинекологической практике часто возникает необходимость тщательного изучения эндокринной функции яичников (при недостаточной информативности тестов функциональной диагностики), гипофиза, надпочечников. Это связано с тем, что эндокринные нарушения у гинекологических больных наблюдаются нередко.

Наиболее часто используются методы определения эстрогенов (в сумме и по фракциям), прогестерона (в крови) и его метаболита — прегнандиола (в моче), гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ и ЛГ), а также гормонов коры надпочечников.

Существуют методы определения выхода гормонов и их метаболитов с мочой. Более информативными и современными являются методы определения содержания гормонов в крови.

Функциональные пробы с гормонами для диагностики эндокринных нарушений у женщин

Для выяснения деятельности яичников широко используются тесты функциональной диагностики (кольпоцитологические исследования, изучение базальной температуры, феномена «зрачка», кристаллизации шеечной слизи и др.), гистологические исследования эндометрия, экскреции эстрогенов и прогестерона. В последние годы применяются методы определения эстрогенов и прогестерона в крови. Однако эти методы в ряде случаев не позволяют уточнить характер нарушения функции яичников, осуществить дифференциальную диагностику между поражением этого органа, коры надпочечников или других желез внутренней секреции. Поэтому для распознавания причин многих нарушений менструальной функции, некоторых форм бесплодия, диагностики адрено-генитального синдрома и других нейроэндокринных заболеваний нередко применяются различные функциональные пробы с гормонами. Указанные пробы способствуют диагностике (дифференциальной диагностике) эндокринных нарушений у женщин зрелого возраста, а при необходимости — в период полового созревания, когда возникают затруднения в распознавании сущности патологического процесса. Гормональные пробы в этом возрасте применяют, в частности, для дифференциальной диагностики надпочечникового или яичникового генеза вирильного синдрома, причин задержки полового развития, гиперандрогении диэнцефального происхождения и других видов патологии.

Гормональные пробы способствуют уточнению уровня поражения эндокринной системы (гипоталамо-гипофизарная система, яичники, кора надпочечников). В практике акушера-гинеколога чаще всего возникает необходимость применения проб, позволяющих выяснить функцию яичников.

С целью диагностики применяют следующие виды функциональных гормональных проб: а) подавляющие функцию яичников, коры надпочечников, гипофиза; б) стимулирующие деятельность указанных желез внутренней секреции; в) тормозящие функции одной железы и стимулирующие деятельность другой.

Проба с гипоталамическим релизинг-фактором (гормоном). Применяется главным образом при аменорее центрального генеза для выяснения, поражен ли преимущественно гипофиз (опухоли, некроз, сдавление) или гипоталамические структуры, регулирующие функции гипофиза, а также всей половой системы через гипофиз.

Больной однократно вводят релизинг-фактор, стимулирующий выделение лютеинизирующего гормона (ЛГ) гипофиза. При интактном гипофизе и поражении гипоталамических центров релизинг-фактор усиливает выделение лютеинизирующего гормона (он определяется специальными методами). Если чувствительность яичников к гонадотропинам сохранена, то выброс ЛГ приводит к овуляции, образованию желтого тела, повышению содержания в организме прогестерона (прогестерон определяется в крови, его метаболит — прегнандиол — в моче).

При поражении гипофиза проба с релизинг-фактором является отрицательной. Усиления выделения ЛГ в крови не бывает, соответствующие изменения в яичниках не осуществляются.

С целью дифференциальной диагностики (поражение гипоталамуса или гипофиза) применяют также релизинг-фактор, усиливающий выделение фолликулостимулирующего гормона. При нормальном состоянии гипофиза усиливается выделение фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Если чувствительность яичников к гормонам гипофиза является нормальной, то происходит усиление выделения эстрогенов (и соответствующие изменения в других отделах половой системы). При поражении гипофиза эта реакция отрицательная.

Если пробы с релизинг-фактором указывают на нормальную функцию гипофиза, то аменорея центрального генеза зависит от преимущественного поражения гипоталамуса.

Проба с фолликулостимулирующим гормоном (ФСГ). Применяется для определения функционального состояния яичников (при аменорее, гипоменструальном синдроме, задержке полового развития, вирилизации неясного генеза).

Назначают препараты ФСГ (фолистеман по 200 ЕД в течение 3 дней, фоликотропин по 6—10 ЕД в течение 5—10 дней, пергонал по 5000 ЕД в течение 10 дней). Результаты пробы проверяют по величине экскреции эстрогенов (или содержанию их в крови), по кольпоцитологической картине (возрастание кариопикнотического индекса), степени кристаллизации шеечной слизи, выраженности феномена «зрачка». Эти реакции выражены тем слабее, чем ниже функциональная активность яичников. Положительной проба бывает при нормальной функции яичников.

Проба с синтетическими прогестинами. Способствует выяснению функционального состояния гипоталамо-гипофизарной системы, что важно при нарушениях менструальной функции, сопровождающихся ановуляцией. После введения синтетических прогестинов происходит изменение секреции ЛГ, по характеру которой судят о функциональном состоянии гипоталамо-гипофизарной системы. Различают следующие варианты: а) высокий уровень ЛГ до введения препарата, снижение после введения и быстрое восстановление (гипофункция гипоталамо-гипофизарной системы); б) низкий уровень ЛГ до введения препарата,

повышение после его введения (снижение гонадотропной функции гипофиза); в) высокий уровень ЛГ, снижающийся от прогестина и медленно повышающийся после его отмены (яичниковая недостаточность).

Проба с хориальным гонадотропином (хориогонином). Применяется для выяснения состояния яичников (при задержке полового развития, гипоменструальном синдроме и др.). Хориальный гонадотропин (ХГТ) обладает преимущественно лютеинизирующей активностью, стимулирует функцию яичников. После введения ХГТ усиливается образование половых гормонов, если яичники функционально полноценны. При неполноценности яичников (резко выраженная задержка развития, дисгенезия гонад) усиления образования половых гормонов не происходит. ХТГ вводят по 1500—5000 ЕД внутримышечно в течение 3—5 дней. О стимуляции функции яичников судят по тестам функциональной диагностики, изменениям экскреции эстрогенов.

Проба с прогестероном. Способствует дифференциальной диагностике между маточной и яичниковой формами аменореи, а также выяснению эстрогенной активности яичников. Прогестерон вводят внутримышечно по 5—20 мг в течение 4—8 дней. При достаточной насыщенности организма и нормальной реакции эндометрия на введенный прогестерон после отмены его наступает менструальноподобная реакция. Такая реакция (проба положительная) исключает маточную форму аменореи; она свидетельствует о достаточности эстрогенной функции яичников и недостаточности желтого тела.

Проба с эстрогенами и прогестероном. Проводится для выяснения эндокринной функции яичников. В течение 10—14 дней вводят эстрогенные препараты (внутрь или внутримышечно) в терапевтических дозах. После появления III—IV типов кольпоцитологической картины, феномена «зрачка» и кристаллизации шеечной слизи применяют прогестерон (по схеме прогестероновой пробы). Появление менструальноподобной реакции после отмены прогестерона (положительная проба) указывает на недостаточность эндокринной функции яичников. Отсутствие такой реакции (проба отрицательная) свидетельствует о наличии патологических процессов (туберкулез, синехии, атрофия) в эндометрии (маточная форма аменореи).

Проба с адренокортикотропным гормоном (АКТГ). Помогает установить, зависит ли гипофункция коры надпочечников от их недостаточности (поражения) или от изменений, возникших в гипофизе.

В течение 2 дней внутримышечно вводят по 40 ЕД АКТГ. Через сутки проверяют величину экскреции 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов. Положительная проба (увеличение экскреции 17-КС и 17-ОКС) указывает на центральный (гипофизарный) генез заболевания, отрицательная — на патологию надпочечников.

Проба с глюкокортикоидами (кортизон, преднизолон, дексаметазон и др.). Применяется для дифференциальной диагностики между опухолью надпочечников и адрено-генитальным синдромом. Для торможения адренокортикотропной функции гипофиза вводят кортизон (общая доза 500 мг), но чаще преднизолон (по 20 мг в течение 5 дней) или дексаметазон (по 2—3 мг в течение 5 дней). В результате снижения выделения гипофизом АКТГ уменьшается стимуляция этим гормоном процесса стероидогенеза в надпочечниках. Поэтому уменьшается экскреция стероидных гормонов надпочечника и их метаболитов, обладающих андрогенным действием (17-КС, дегидроэпиандростерона и др.). Снижение экскреции указанных гормонов до нормального уровня (не менее чем в

2 раза по сравнению с исходным) свидетельствует о нарушении стероидогенеза в коре надпочечников, характерном для адрено-генитального синдрома (проба положительная).

При наличии опухоли надпочечников экскреция стероидных гормонов надпочечников и их метаболитов не снижается или уменьшается незначительно (проба — отрицательная).

При гиперандрогении яичникового генеза (склерокистоз яичников) проба с преднизолоном и дексаметазоном заметного снижения экскреции 17-КС и его фракций не вызывает.

Комбинированная проба с инфекундином и преднизолоном. Для уточнения источника гиперандрогении, обусловливающей признаки, присущие адрено-генитальному синдрому и склерокистозу яичников, применяют инфекундин или другой препарат класса синтетических прогестинов и преднизолон.

Проба начинается с введения инфекундина (по 2 таблетки в течение 10 дней). Инфекундин и другие синтетические прогестины подавляют выделение гонадотропных гормонов гипофиза, что в свою очередь ведет к понижению синтеза гормонов в яичниках, а следовательно, к уменьшению экскреции 17-КС, если источником гиперандрогении являются половые железы (яичники).

Последующее комбинированное применение инфекундина (2 таблетки) и преднизолона (20 мг) в течение 5 дней тормозит синтез гормонов в яичниках и коре надпочечников. Применение этой пробы может вызвать следующие ответные реакции:

1) выраженное снижение экскреции 17-КС после применения инфекундина и небольшое дополнительное уменьшение после приема инфекундина в сочетании с преднизолоном. Эта реакция указывает, что продукция андрогенов происходит преимущественно в яичниках. В таком случае можно считать, что признаки заболевания (гипертрихоз, нарушение менструальной функции и др.) связаны со склерокистозом яичников;

2) незначительное снижение экскреции 17-КС после инфекундина и выраженное — при сочетании этого препарата с преднизолоном. Этот тип реакции характеризует в основном надпочечниковое происхождение гиперандрогении и вызванной ею вирилизации. Эти данные подкрепляют диагноз адрено-генитального синдрома;

3) почти одинаковое снижение 17-КС после инфекундина и применения этого препарата вместе с преднизолоном позволяет предположить повышение образования андрогенов в яичниках и коре надпочечников.

Медико-генетические методы. В гинекологии нередко возникает необходимость применения медико-генетических методов исследования. Эти методы показаны при различных формах дисгенезии гонад, нарушениях половой дифференцировки (адрено-генитальный синдром, псевдогермафродитизм), склерокистозе яичников, пороках развития половых органов и других нарушениях.

Иммунологические методы. Иммунологические методы исследования применяются при изучении патогенеза некоторых нарушений (бесплодие, воспалительные заболевания и др.), для диагностики туберкулеза широко используются туберкулиновые пробы.

Методы определения гормонов и медико-генетические исследования являются сложными. Они изложены в специальных руководствах.

ГЛАВА III

НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Менструальная функция является одним из важных показателей состояния здоровья женщины. Неправильное питание, болезни нервной системы, инфекционные и другие заболевания, нарушающие общее состояние и важнейшие функции организма, нередко сопровождаются расстройствами менструального цикла.

Существует мнение (В. С. Груздев, М. С. Малиновский, А. Э. Мандельштам и др.) что расстройства менструальной функции, особенно аменорея (отсутствие менструаций), при тяжелых экстрагенитальных заболеваниях наблюдаются чаще, чем при некоторых гинекологических болезнях.

Этиология и патогенез нарушений менструальной функции отличаются сложностью. Связь между патологическими процессами, приводящими к тому или иному типу этих нарушений, выяснена еще не полностью.

Установление причинно-следственных отношений между патологическими явлениями, повлекшими за собой нарушение менструаций, нередко представляет значительные затруднения. Например, при ряде эндокринных расстройств, ведущих к понижению функции яичников, наблюдается нарушение обмена веществ и ожирение. Кроме того, ожирение, связанное с неправильным образом жизни и чрезмерным питанием, также способствует иногда понижению функции яичников. В том и другом случае могут возникнуть расстройства менструальной функции, характеризующиеся ослаблением менструаций (короткие, скудные). Сложность этиологии и патогенеза этих расстройств выражается также в том, что одна и та же причина может вызывать нарушения менструальной функции с различными клиническими проявлениями. Например, инфантилизм сопровождается разными расстройствами в зависимости от степени задержки развития половых органов.

При резкой задержке развития (зародышевая матка) менструальная функция отсутствует. При значительном недоразвитии половых органов менструации бывают скудными, короткими (недостаточная гиперемия, неполноценные пролиферативные и секреторные процессы в эндометрии). Нерезко выраженное недоразвитие половых органов может быть причиной продолжительных и обильных менструаций (понижение эндокринной функции яичников, недостаточная сократительная деятельность матки).

Механизм возникновения аномалий менструальной функции, может быть различным в зависимости от того, на каком уровне сложной нейро-

гуморальной регуляции или в каком органе половой системы произошло наиболее значительное нарушение. В соответствии с патогенезом аномалии менструальной функции можно разделить на корково-гипоталамические, гипофизарно-гипоталамические, яичниковые, надпочечниковые, тиреогенные и маточные. При этом небходимо учитывать, что аменорея и менометроррагия во многих случаях являются лишь стадиями развития единого патологического процесса, а не различными патологическими формами.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Нарушения менструальной функции отличаются большим разнообразием и в зависимости от клинических проявлений делятся на следующие группы.

I. Аменорея (amenorrhoea) — отсутствие менструации более 6 мес.

II. Циклические нарушения — менструальные циклы существуют, но они нарушены.

Для циклических нарушений характерны следующие проявления.

1. Изменение количества крови, выделяющейся во время менструации. Это нарушение бывает двух видов: а) увеличение количества крови (сильные менструации — гиперменорея); б) уменьшение количества крови (скудные менструации — гипоменорея).

2. Нарушение продолжительности менструаций: а) в сторону увеличения (затяжные менструации — полименорея); б) с сторону укорочения (короткие менструации — олигоменорея).

3. Нарушение ритма менструаций: а) частые менструации (пройоменорея); б) редкие менструации (опсоменорея).

Указанные циклические расстройства обычно сопутствуют друг другу. Гипоменорея часто сочетается с олигоменореей и опсоменореей, а гиперменорея — с полименореей. Ослабление менструаций, выражающееся в их укорочении, урежении (менструация 1 раз в 2—3 мес), уменьшении кровопотери, называется гипоменструальным синдромом, урежение менструаций до 1—2 раз в год — спаниоменореей.

Циклические расстройства, характеризующиеся увеличением кровопотери (гиперменорея) и продолжительности менструаций (полименорея), носят название меноррагии (menorrhagia).

Ациклические (не связанные с менструальным циклом) маточные кровотечения — метроррагия (metrorrhagia) — не имеют прямого отношения к нарушениям менструальной функции.

III. Ановуляторные (однофазные) маточные кровотечения (дисфункциональные маточные кровотечения, геморрагическая метропатия).

IV. Болезненные менструации — альгоменорея (дисменорея).

АМЕНОРЕЯ

Различают истинную и ложную аменорею.

При истинной аменорее циклические изменения в яичниках, эндометрии и во всем организме отсутствуют. Истинная аменорея наблюдается и в тех случаях, когда гормональная функция яичников резко по-

давлена и половых гормонов для осуществления циклических изменений в эндометрии недостаточно.

Ложная аменорея характеризуется отсутствием менструального выделения крови при наличии циклических изменений в яичниках, матке и во всем организме. В яичнике образуются эстрогенные гормоны и прогестерон, в эндометрии происходят процессы пролиферации, секреции и десквамации. Однако частицы отторгающейся слизистой оболочки и кровь, излившаяся из нарушенных сосудов, задерживаются в половых путях в связи с наличием механического препятствия. Препятствием для выделения крови и элементов эндометрия могут быть сплошная девственная плева, атрезия влагалища и шейки матки на почве рубцевания и др. Кровь, выделяющаяся при менструациях, скапливается во влагалище, в матке и даже в трубах (гематокольпос, гематометра, гематосальпинкс).

Истинная аменорея бывает физиологической и патологической.

Физиологическая истинная аменорея наблюдается: 1) в детском возрасте (до полового созревания); 2) во время беременности; 3) в период кормления ребенка грудью (у большинства кормящих); 4) во время менопаузы.

Аменорея в детском возрасте объясняется отсутствием циклических процессов в яичниках и матке. Аменорея во время беременности связана с прекращением циклических процессов в гипофизе и яичниках, а следовательно, и в эндометрии. Высокое содержание прогестерона, образующегося в желтом теле беременности и в плаценте, препятствует десквамации слизистой (децидуальной) оболочки матки.

Аменорея наблюдается у 75% женщин, кормящих грудью (лактационная аменорея). Она возникает под влиянием нейроэндокринных факторов и продолжается в среднем 8—9 мес (от 4—5 мес до 2 лет). При длительной лактационной аменорее в половом аппарате, особенно в матке, могут возникнуть процессы гипотрофии. При кормлении грудью отмечается раздражение нервных элементов молочной железы и поступление соответствующих импульсов в центральную нервную систему. Под влиянием изменений, происходящих в нервной системе, усиливается продукция лактогенного гормона гипофиза, который стимулирует секреторную функцию молочных желез. Имеются указания, что усиление продукции лактогенного гормона ведет к угнетению гонадотропной функции гипофиза; при недостатке гонадотропинов циклические процессы в яичнике не происходят, в связи с чем наступает аменорея. Однако этот вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

У кормящих женщин нормальные менструальные циклы обычно устанавливаются не сразу. Наблюдающиеся иногда у них кровотечения типа менструаций нередко являются ановуляторными (см. с. 94). При этом отмечается рост фолликулов, которые подвергаются атрезии без овуляции. Кровотечение из матки в таких случаях связано с колебанием уровня эстрогенов и совпадает с атрезией фолликула и обратным развитием его эстрогенной функции. Однако у кормящих женщин бывают и нормальные (овуляторные) циклы.

Аменорея в менопаузе связана с прекращением деятельности яичников и с постепенной атрофией всего полового аппарата. Кровянистые выделения из половых путей после прекращения менструации всегда являются симптомом патологических процессов (рак, полип, старческий кольпит и др.).

Патологическая истинная аменорея[1], т. е. аменорея в узком смысле слова, всегда связана с теми или иными патологическими условиями.

Различают первичную и вторичную аменорею. Под первичной аменореей подразумевают полное отсутствие (в прошлом и настоящем) менструаций у женщины, находящейся в периоде половой зрелости. Вторичной аменорея называется в том случае, если она возникла у женщины, у которой ранее были менструации.

Причины возникновения аменореи сложны и многообразны. Следует подчеркнуть, что аменорея является не самостоятельным заболеванием, а симптомом ряда заболеваний и расстройств важнейших функций организма.

Первичная аменорея может возникнуть в связи с генетически обусловленной патологией, а также вследствие задержки развития организма и половой системы под влиянием неблагоприятных условий и повреждающих факторов (тяжелые инфекционные и другие заболевания, интоксикации и др.) в детском возрасте и в периоде полового созревания. Задержка развития половой системы и последующая аменорея возможны также в связи с действием повреждающих факторов в антенатальном периоде.

Вторичная аменорея возникает при воздействии повреждающих факторов на половую систему и центры, регулирующие ее функцию после установления менструальных циклов. Эта форма аменореи чаще наблюдается у женщин в период половой зрелости, но может возникнуть в юном возрасте, вскоре после появления менструаций. Появлению вторичной аменореи может также способствовать врожденная (наследственная и ненаследственная) неполноценность половой системы, которая проявляется в виде аменореи или гипоменструального синдрома в юном или зрелом возрасте под влиянием неблагоприятных факторов среды (заболевания, стрессовые ситуации, травмы, интоксикации и др.).

Аменорея может быть обусловлена поражением различных структур, определяющих менструальную функцию. Эта аномалия может возникнуть при неблагоприятных воздействиях на центры, регулирующие менструальную и другие функции (генеративная, половая и др.) половой системы, при заболеваниях и функциональных нарушениях гипофиза, яичников и матки.

В зависимости от уровня поражения системы гипоталамус — гипофиз — яичники — матка различают следующие формы аменореи: а) гипоталамическая, или центральная, б) гипофизарная, в) яичниковая, г) маточная. Деление это является условным, так как все элементы указанной системы связаны в функциональном отношении. Поэтому поражение гипоталамо-гипофизарной системы вызывает нарушение деятельности яичников и наоборот (прямая и обратная связи). Условное выделение указанных форм аменореи подчеркивает поэтому преимущественное поражение центрального звена регуляции менструальной функции, гипофиза, яичников или матки.

Аменорея может быть вызвана нарушением функций надпочечников, щитовидной железы, алиментарным ожирением и другими нарушениями, но эти факторы вызывают аменорею, воздействуя на систему гипоталамус — гипофиз — яичники.

---

[1] В дальнейшем будет употребляться термин «аменорея» без прилагательных «патологическая» и «истинная».

Гипоталамическая, или центральная, аменорея. Данная форма аменореи возникает в результате воздействия патогенных факторов на высшие отделы центральной нервной системы и структуры гипоталамуса, регулирующие менструальную функцию.

Психогенная аменорея. Обусловлена тяжелыми переживаниями и стрессовыми ситуациями (события военного времени, смерть близких людей, катастрофы и др.), которые вызывают изменения функции нервной системы, снижение активности центров гипоталамуса и гонадотропной функции гипофиза. Таков же иногда механизм возникновения аменореи при перемене условий среды (с юга на север, из деревни в большой город и др.), резком умственном и физическом напряжении, нарушении условий питания (гиповитаминоз, неполноценное питание). Аменорея нередко наблюдается при эпилепсии, маниакально-депрессивном психозе, шизофрении и других психических заболеваниях.

Аменорея при тяжелых заболеваниях и интоксикациях возникает вследствие временного угнетения функций гипоталамо-гипофизарной системы и синтеза гонадотропных гормонов (в связи с этим подавляются циклические процессы в яичниках и матке). Менструальная функция часто восстанавливается самостоятельно после исчезновения инфекционно-токсических воздействий.

Нередко причиной аменореи бывают острые инфекционные заболевания (тифы, сепсис, малярия и др.), тяжелые формы туберкулеза легких и других органов, диабет, гипер- и гипотиреоз, декомпенсированные пороки сердца и другие заболевания, оказывающие отрицательное влияние на структуры гипоталамуса, которые регулируют менструальную функцию. Таким же образом реализуется действие интоксикаций (ртуть, свинец, фосфор, алкоголь, морфин и другие наркотики), вызывающие аменорею.

Адипозо-генитальная дистрофия. Возникает вследствие дисфункции гипоталамо-гипофизарной системы (причины недостаточно ясны, она может быть обусловлена хромофобной аденомой указанной области) и характеризуется выраженным снижением гонадотропной функции гипофиза, стойкой аменореей, ожирением, гипотрофией половых органов.

Аменорея и галакторея (синдром Киари — Фроммеля). Иногда возникают после психических травм, нарушений в послеродовом периоде, на почве опухолей (хромофобная аденома) гипофиза. Аменорее и галакторее сопутствуют умеренное ожирение, атрофические процессы в матке и яичниках. Последние две формы могут быть отнесены также к гипофизарной аменорее.

Гипофизарная аменорея. Данная группа включает случаи аменореи, возникновение которых связано с поражением передней доли гипофиза (аденогипофиза). К процессам, обусловливающим поражение аденогипофиза и снижение (подавление) гонадотропной функции, относятся опухоли или дистрофические процессы, связанные с нарушениями кровообращения в данной области.

Опухоли аденогипофиза вызывают различные нарушения, одним из симптомов которых является аменорея.

Ацидофильная аденома характеризуется сочетанием аменореи с гигантизмом (если опухоль появилась в детстве) или акромегалией (если опухоль возникла в зрелом возрасте). Аменорея обусловлена подавлением гонадотропной функции гипофиза гормоном роста, секреция которого при данной опухоли повышена. Возникновению *базофильной аденомы* сопутствует аменорея в сочетании с болезнью Иценко —

Кушинга (повышение секреции АКТГ, снижение гонадотропной функции). Кроме аменореи, наблюдаются ожирение, гирсутизм, свежие стрии, гипертоническая болезнь, гипергликемия и др. Хромофобная аденома не обладает секреторной активностью, симптомы ее обусловлены сдавлением окружающих тканей (головная боль, нарушение зрения и др.). Аменорея возникает вследствие подавления синтеза гонадотропинов.

Послеродовая недостаточность гипоталамо-гипофизарной системы на почве ишемического некроза (обычно частичного) гипофиза (кровопотеря в послеродовом периоде, реже септический процесс, сопровождающийся шоком и длительным спазмом сосудов, питающих гипофиз) известна под названием синдрома Шихана. Для этого синдрома характерны аменорея, исчезновение оволосения на лобке, гипотрофия половых органов, гипотиреоз, снижение функции коры надпочечников и др.

Аменорея возникает при болезни Симмондса (пангипопитуитаризм на почве некроза или поражения гипофиза опухолью, туберкулезом и др.), основными симптомами которой, кроме аменореи, являются резкое истощение, атрофия мышц, половых органов, щитовидной железы, коры надпочечников. Аменорея наблюдается также при гипофизарном нанизме (недостаточность гонадотропных и соматотропного гормонов).

Яичниковая аменорея. Связана с первичной недостаточностью строения и функции яичника, обусловленной генетическими или повреждающими факторами (чаще в раннем онтогенезе). Яичниковая аменорея наблюдается при следующих аномалиях развития и заболеваниях.

Дисгенезия гонад — задержка полового созревания и нарушение половой дифференцировки — наиболее часто связана с хромосомными нарушениями и генными мутациями.

Тестикулярная феминизация, сопровождающаяся аменореей, представляет собой генетически обусловленное расстройством функций мужских гонад. Оно характеризуется тем, что гонады у лиц с кариотипом χy синтезируют эстрогены более активно по сравнению с андрогенами. У больных женский фенотип, обычное развитие молочных желез и наружных половых органов, но отмечаются гипоплазия или аплазия влагалища, отсутствие матки.

Воздействие рентгеновых и радиевых лучей может привести к аменорее яичникового генеза. Половые железы обладают повышенной чувствительностью к ионизирующей радиации. Под влиянием определенных доз рентгеновых и радиевых лучей происходят гибель фолликулов, торможение эндокринной функции яичников, наступает аменорея (и бесплодие). Нарушение функции яичников может произойти и при повторном воздействии малых доз, и под влиянием однократного облучения массивной дозой.

Гормональноактивные опухоли, синтезирующие тестостерон (арренобластомы, гранулезоклеточная опухоль), а также воспалительные и другие заболевания, протекающие длительно и в тяжелой форме, могут вызвать аменорею.

Аменорея (также гипоменструальный синдром, спаниоменорея) является симптомом склерокистоза яичников (см. с. 110).

Маточная форма аменореи. Возникновение этой формы связано с тяжелыми повреждениями эндометрия после введения в матку йода и других прижигающих средств, перенесенным туберкулезом матки (эндометрия), чрезмерным выскабливанием слизистой оболочки (аборт, диагностические выскабливания). При грубом выскабливании повреждается базальный (ростковый) слой эндометрия, что ведет к атрофическим про-

цессам. Рецепторы поврежденного эндометрия (туберкулез, атрофические процессы) не реагируют на гормоны яичника, и в связи с этим циклические процессы в слизистой оболочке матки отсутствуют. Грубое выскабливание может привести к возникновению сращений (синехий) в полости матки (иногда к полной облитерации полости), образованию спаек в области внутреннего зева, что также способствует аменорее. Понятно происхождение аменореи после надвлагалищной ампутации или экстирпации матки и яичников.

Клиническая картина. Основное заболевание, вызвавшее аменорею, определяет и клиническую картину. На первое место выступают характерные симптомы аномалий развития, инфекционных, эндокринных и других заболеваний, расстройств питания, интоксикации и других нарушений. В таких случаях аменорея представляет собой лишь сопутствующее явление, следствие патологических процессов, присущих основному заболеванию или интоксикации.

После излечения основного заболевания и устранения всех его последствий менструальная функция у многих больных восстанавливается. Однако при продолжительной аменорее возникают симптомы, связанные с гипофункцией (или полным подавлением функции) яичников.

Отсутствие менструаций вызывает у женщин беспокойство, угнетает нервную систему. Продолжительная аменорея сопровождается понижением или исчезновением полового чувства, нарушением генеративной функции (бесплодие) и секреции половых органов. Нередко наблюдаются вегетативные и сосудистые расстройства: внезапные ощущения жара, прилива крови к голове, стеснение в груди, сердцебиение, похолодание конечностей, потливость, диспепсические явления.

Вследствие продолжительной недостаточности эстрогенов понижается кровоснабжение и питание матки и других отделов половой системы. Поэтому при стойких формах вторичной аменореи понижается тонус матки и связочного аппарата, возникает постепенная атрофия половых органов (уменьшение матки, сужение влагалища, сморщивание связочного аппарата и др.). При нерезко выраженной недостаточности половых гормонов явления атрофии половых органов и вазомоторные расстройства могут отсутствовать.

Диагностика. Основной задачей является распознавание причин аменореи. Подробное клиническое исследование позволяет выяснить такие причинные моменты, как инфекционные заболевания, эндокринные расстройства, интоксикация, психические аффекты и др. Для уточнения причин аменореи приходится прибегать к дополнительным методам диагностики. Распознавание этиологических факторов — врожденных аномалий, пороков развития половых органов, опухолей гипофиза, эндокринных расстройств — нередко требует применения сложных специальных методов исследования (медико-генетическое исследование, определение основного обмена, гормонов или продуктов их метаболизма, рентгенография области турецкого седла, пневмопельвиграфия и пр.). Необходимо также тщательно исследовать половые органы.

При гинекологическом исследовании выясняются: а) наличие заболеваний, способствующих возникновению аменореи; б) степень развития половых органов или признаки начинающейся и прогрессирующей атрофии.

При аменорее возникает необходимость определить характер нарушения гормональной функции яичников. С этой целью можно пользоваться следующими методами.

1. Определение половых гормонов (или продуктов их метаболизма) в крови и моче, являющееся наиболее объективным способом оценки функции яичников. Однако эти методы исследования довольно сложны и доступны не всем учреждениям.

2. Гистологическое исследование соскоба эндометрия. Циклические изменения в слизистой оболочке матки (пролиферация, секреция и др.) достаточно точно отображают гормональную функцию яичников. При гипофункции яичников циклические процессы в эндометрии не выражены или отсутствуют.

При первичной и продолжительной вторичной аменорее, связанной с резкой гипофункцией яичников, гистологическое исследование выявляет атрофию эндометрия.

3. Изучение цитологической картины влагалищных мазков. Таким путем можно получить известное представление о степени насыщения организма эстрогенами. Наличие в мазке базальных (атрофических) клеток и лейкоцитов (I реакция) свидетельствует о резкой недостаточности эстрогенов; такая цитологическая картина встречается крайне редко, лишь в случаях продолжительной и стойкой аменореи. При аменорее чаще встречаются II и III реакции (базальные и промежуточные клетки, лейкоциты), характеризующие умеренную эстрогенную недостаточность. Встречаются гиперфолликулиновые формы аменореи (например, при персистенции фолликула), при которых влагалищные мазки типичны для высокого содержания эстрогенов в организме.

4. Наблюдение за реакцией «зрачка» (с. 75). Это может дать ориентировочное представление о циклических процессах в яичниках при аменорее. При недостатке эстрогенов феномен «зрачка» выражен слабо, а при резкой недостаточности их отсутствует.

5. Измерение базальной (в прямой кишке) температуры в течение 2—3 циклов. Монотонная температура указывает на отсутствие овуляции (с. 96).

Иногда при исследовании эндометрия обнаруживают элементы, указывающие на туберкулез как основную причину бесплодия.

Лечение. Необходимо стремиться к ликвидации причины, вызвавшей прекращение менструальной функции. Принимают меры для устранения эндокринных и обменных нарушений, интоксикации, лечения заболеваний, симптомом которых является аменорея. После излечения основного заболевания менструальная функция обычно восстанавливается. При первичной аменорее, особенно обусловленной генетическими факторами (дисгенезия гонад и др.), проводится коррекция основных нарушений, которая обычно не устраняет аменорею.

В соответствующих случаях необходима ликвидация моментов, вызывающих страх, опасения, депрессию, умственное и физическое переутомление.

Большое значение имеет полноценное питание, обогащенное витаминами. Рекомендуется добавочное введение витаминов, особенно А, С и B_1.

При ожирении назначают специальную диету с целью урегулирования обмена веществ и снижения веса. Полезны климатотерапия, легкий спорт и другие общеукрепляющие меры. При первичной аменорее, связанной с задержкой развития организма, а также при вторичной аменорее, зависящей от гипофункции яичников, рекомендуются физиотерапия, грязелечение и другие процедуры, усиливающие кровоснабжение органов малого таза. Усиление кровоснабжения способствует улучшению питания и уси-

лению функции яичников. Применяют также воротник по Щербаку с целью усиления гонадотропной функции гипофиза.

В случаях первичной и вторичной аменореи, связанной с понижением гонадотронной функции аденогипофиза и гипофункцией яичников, применяют половые гормоны, причем гормонотерапию проводят в сочетании с другими методами лечения (физиотерапия, рациональное питание, средства, усиливающие кроветворение, и др.), способствующими укреплению организма и нормализации его важнейших функций.

При первичной аменорее и значительном недоразвитии половых органов назначается комплексное лечение (общеукрепляющие средства, высококалорийное питание, гормонотерапия). Лечение начинают с периодического введения препаратов эстрогенных гормонов на протяжении 2—4 мес. Продолжительное введение их стимулирует развитие половых органов и вторичных половых признаков. Можно вводить 0,1% эстрадиолдипропионат, 0,6% диметиловый эфир диэтилсильбэстрола (димэстрол) или другие эстрогенные препараты. Вводить эстрогенные препараты следует под контролем влагалищных мазков, чтобы не создавать длительного повышения эстрогенов в организме (реакция влагалищного мазка должна быжь III степени в крайнем случае III—IV).

Под влиянием эстрогенных гормонов происходит развитие матки и вторичных половых признаков. После этого лечение проводится таким образом, чтобы чередовать введение эстрогенных препаратов с препаратами гормона желтого тела. Эстрогены следует вводить в течение 20—22 дней. Прогестерон в течение 6—8 дней. При циклическом введении гормонов показаны прерывистые (на 1—2 мес) курсы лечения. Появление кровянистых выделений типа менструаций через 2—4 дня после окончания инъекций прогестерона будет указывать на то, что лечение оказало стимулирующее действие на организм и недоразвитую половую систему. Такое лечение проводится в среднем 2—4 года.

Менструальная функция при глубоком недоразвитии половой системы восстанавливается редко. Половое развитие стимулируется вполне удовлетворительно.

При умеренной гипофизарно-яичниковой недостаточности (явления гипотрофии отсутствуют или слабо выражены) рекомендуется проводить лечение по другой схеме (циклическая гормонотерапия). Назначают эстрогены по 0,5—1 мг 1 раз в 2—3 дня в течение 2—3 нед, а затем прогестерон по 5 мг ежедневно на протяжении 6—8 дней. После окончания курса лечения наступает кровотечение типа менструации. Можно применить лечение только эстрогенами в течение 8—10 дней. Через 5—10 дней после окончания введения эстрогенов появляются кровянистые выделения из половых путей. Если лечение не дает эффекта, через 3—4 нед после первого курса лечения вновь вводят эстрогены в указанных дозах. Курс лечения гормонами по той или иной схеме обычно приходится назначать повторно (2—3 цикла и больше). Вместо половых гормонов можно применять синтетические прогестины (инфекундин, бисекурин, эслютон и др.) по 1 таблетке в день в течение 21 дня с перерывом в 7—8 дней на протяжении 2—3 мес. Эти препараты способствуют временному торможению гипоталамо-гипофизарной системы; после «отдыха» происходит стимуляция функции этой системы (rebaund-эффект), что сопровождается усилением выброса гонадотропинов и эндогенной функции яичников.

При лечении гормонами необходимо учитывать общее состояние организма, изучать цитологическую картину содержимого влагалища, феномен «зрачка» и другие тесты функциональной диагностики.

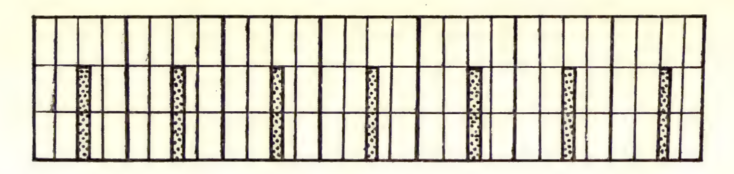


Рис. 44. Нормальные менструации, четырехнедельный цикл; продолжительность 3—4 дня.

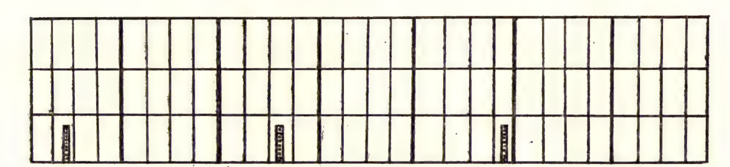


Рис. 45. Гипо-опсоменорея — менструации редкие, менструальное кровотечение выражено слабо.

Если аменорея сопровождается избыточным оволосением по мужскому типу (склерокистоз яичников, адрено-генитальный синдром), эстрогенные гормоны противопоказаны. В подобных случаях отсутствие менструаций бывает связано с подавлением гонадотропных гормонов эстрогенными гормонами, вырабатываемыми в увеличенных количествах. При такой клинической картине после установления точного диагноза применяются хирургическое лечение или терапия преднизолоном (адрено-генитальный синдром, склерокистоз, гормональноактивная опухоль яичников).

ЦИКЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ

Гипоменструальный синдром

Непосредственной причиной скудных, коротких (один день, несколько часов) и редких (через 6—8 нед) менструаций являются гипофункция аденогипофиза и яичников, адрено-генитальный синдром, склерокистоз яичников. Имеют также значение изменения в эндометрии (туберкулез, сращения после грубого выскабливания). Пониженная продукция половых гормонов обусловливает недостаточное кровоснабжение матки и неполноценность циклических превращений эндометрия.

Эти особенности определяют тип менструаций — скудные (гипоменорея) и короткие (олигоменорея). Запаздывание менструаций (редкие менструации — опсоменорея) (рис. 44, 45) связано с урежением процесса созревания фолликулов в яичнике. Созревание нового фолликула начинается лишь через некоторое время после менструаций.

После более или менее продолжительной паузы возникают новый яичниковый цикл (созревание фолликула, овуляция, созревание желтого тела) и соответствующие циклические изменения в эндометрии. При этом основные фазы яичникового и маточного циклов могут быть изменены: первая фаза цикла растянута, вторая — укорочена, так как нередко наступает быстрый регресс неполноценного желтого тела.

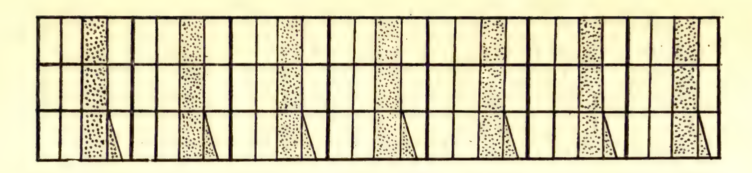


Рис. 46. Гиперменорея — слишком сильное менструальное кровотечение.

К ослаблению и урежению менструаций ведут все неблагоприятные условия, понижающие функцию яичников.

Гипоменструальный синдром, являющийся следствием гипоталамо-гипофизарной и яичниковой недостаточности, возникает в связи с теми же причинами, которые обусловливают аменорею. В зависимости от разных условий (состояние организма, факторы внешней среды и др.) одна и та же причина у одних женщин вызывает ослабление менструаций, а у других — более или менее продолжительную аменорею. Гипоменструальный синдром нередко наблюдается в период полового созревания и во время климакса.

Гипоменструальный синдром бывает первичным (с начала появления менструаций) и вторичным (ослабление, укорочение и урежение ранее нормальных менструаций).

При гипоменструальном синдроме проводится лечение основного заболевания. В случае необходимости дополнительно назначаются гормоны, физиотерапия и другие методы, способствующие восстановлению менструальной функции.

Меноррагия

Прекращение менструаций связано с сокращениями матки, закрытием просвета кровоточащих сосудов и эпителизацией раневой (десквамированной) поверхности матки. Все процессы, нарушающие сократительную способность матки и тормозящие регенерацию слизистой оболочки, ведут к усилению кровопотери (рис. 46) и увеличению продолжительности менструаций, т. е. к меноррагии. Усилению кровопотери при менструациях способствуют процессы, обусловливающие гиперемию половых органов и нарушающие свертываемость крови.

Укорочение менструальных циклов (частые менструации) связано с гипофункцией яичника, сокращением и неполноценностью основных фаз яичникового цикла, особенно лютеиновой фазы. Сокращение срока между менструациями может быть вызвано быстрым регрессом неполноценного желтого тела.

Причины меноррагии различны.

1. Продолжительные, обильные и частые менструации могут быть вызваны гипофункцией яичников на почве нарушения функции нервной системы и гипофиза, неполноценного питания, инфантилизма, общих истощающих заболеваний и расстройств обмена. Нередко меноррагия наблюдается при возрастной гипофункции яичников: в период полового созревания (становление функции яичников) и во время климакса (угасание функции яичников).

2. Меноррагия может возникнуть при заболеваниях, сопровождающихся застоем крови в органах малого таза, болезнях крови, нарушениях в свертывающей системе крови, гиповитаминозе С, инфекциях и интоксикациях, ведущих к нарушению сосудистых стенок. Усиление менструаций наблюдается при заболеваниях щитовидной железы и других органов внутренней секреции.

3. Меноррагия нередко бывает связана с гинекологическими заболеваниями. К ним относятся миомы матки, особенно при интерстициальном расположении узлов. Меноррагия при миомах обусловлена в основном нарушением сократительной деятельности матки. Сравнительно часто меноррагия возникает при воспалительных заболеваниях половых органов. Усиление и затяжное течение менструаций связаны с понижением сократительной способности матки и замедлением регенерации ее раневой поверхности (особенно при эндометрите).

Меноррагия, наблюдаемая иногда при аномалиях положения матки (патологические перегибы, выпадение матки), обычно зависит от сопутствующих моментов (воспаление, нарушение кровообращения и пр.). Известное этиологическое значение имеет понижение тонуса матки в результате частых повторных родов (особенно патологических).

Лечение. Успех лечения зависит от выяснения причины, вызвавшей меноррагию. Этому способствуют тщательное изучение анамнеза и всестороннее объективное исследование больной. В некоторых случаях выяснение причины меноррагии не представляет затруднений (миома, воспалительный процесс и др.), в других же диагностика является сложной.

Лечебные мероприятия должны быть направлены на устранение заболевания, явившегося причиной меноррагии. В соответствующих случаях помогает противовоспалительное лечение, терапия сердечно-сосудистых и других заболеваний.

Усиленные и продолжительные кровопотери при миоме служат показанием к ампутации или экстирпации матки: у молодых женщин показано вылущивание узлов. При инфантилизме и вторичной гипофункции яичников (на почве перенесенных заболеваний) большое значение имеют полноценное питание и общеукрепляющая терапия. Можно сделать попытку применить половые гормоны в соответствующих фазах цикла (эстрогены или последовательно эстрогены и прогестерон). Перед назначением гормонотерапии необходимо исключить другие причины меноррагии (опухоли, воспалительные и другие заболевания).

При меноррагии применяются симптоматическая терапия: переливание крови, препараты железа, средства, усиливающие функцию кроветворных органов (печеночный экстракт, камполон и др.), и кровоостанавливающие средства. К ним относятся стиптицин (0,05 г по 1 таблетке 3 раза в день), эрготал в таблетках (по 1 мг 2—3 раза в день), экстракт водного перца (по 30—40 капель 3 раза в день) и др.

При сильном кровотечении можно применять инъекции эрготамина и питуитрина.

Дисфункциональные (ановуляторные, однофазные) маточные кровотечения

В период полового созревания, лактации и климактерия бывают однофазные, ановуляторные менструальноподобные маточные кровотечения. Фолликул зреет, но овуляции не происходит и желтое тело не образуется.

В соответствии с этим в эндометрии наблюдается только пролиферация; фаза секреции отсутствует.

Фолликул, достигший той или иной степени зрелости, подвергается регрессу (атрезии), что сопровождается снижением уровня эстрогенов в организме. Полагают, что кровотечение совпадает с регрессом фолликула и снижением уровня эстрогенов.

Ановуляторные циклы могут возникать спорадически у здоровых женщин с нормальной менструальной функцией; при этом ановуляторные циклы перемежаются с нормальными овуляторными циклами без всякой последовательности.

Ановуляторные циклы могут протекать ритмически, обычно без патологической кровопотери (менструальноподобное кровотечение) и при отсутствии нарушений общего состояния женщины. Систематически повторяющиеся ановуляторные циклы ведут к бесплодию. Однако чаще ановуляторные процессы протекают ациклически и сопровождаются продолжительным, иногда обильным кровотечением. Данный тип нарушения менструальной функции относится к группе «дисфункциональных» маточных кровотечений.

Дисфункциональными считаются такие маточные кровотечения, которые не связаны с новообразованиями, воспалительными и другими заболеваниями половой системы женщины.

Ановуляторные маточные кровотечения. Патологически протекающие ановуляторные маточные кровотечения возникают на почве персистенции фолликула (одного или нескольких) или атрезии многих фолликулов.

При персистенции фолликул достигает полной зрелости, но не вскрывается (нет овуляции) и желтое тело из него не образуется; он продолжает расти в течение нескольких недель и выделяет фолликулярный гормон более длительно, чем нормальный фолликул.

Вследствие продолжительного действия эстрогенов происходит чрезмерная пролиферация эндометрия. Слизистая оболочка разрастается, утолщается, железы удлиняются, в них образуются кистовидные расширения (железистокистозная гиперплазия эндометрия). Секреторного превращения слизистой оболочки не происходит (нет желтого тела), компактный и спонгиозный слои не образуются. Сосуды слизистой оболочки разрастаются, форма их разнообразна, расположение неравномерное; в сосудах иногда образуются тромбы (рис. 47). Разросшаяся слизистая оболочка заполняет всю полость матки; соприкасающиеся поверхности слизистой оболочки (передней и задней стенки) подвергаются взаимному сдавлению.

В результате сосудистых расстройств и сдавления происходят нарушение питания, некроз и отторжение слизистой оболочки, сопровождающееся кровотечением. Разросшаяся слизистая оболочка отпадает постепенно, отдельными участками, поэтому кровотечение бывает продолжительным и иногда обильным.

Маточное кровотечение, обусловленное персистенцией фолликула, так называемая metropathia haemorrhagica, описана Шредером (1915). В последующие годы было установлено, что гиперплазия слизистой оболочки и последующее кровотечение возникают не только при персистенции фолликула. Указанные процессы могут возникнуть при наличии атрезирующихся фолликулов. Фолликулы развиваются, но, не достигнув степени зрелости, подвергаются регрессивным изменениям (атрезия фолликула). Происходят дистрофия и распад яйцеклетки и зернистой оболочки, запустевание сосудов и гиалиноз соединительнотканных оболочек фолликулов.

Атрезирующиеся фолликулы спадаются (облитерационная форма атрезии) или в них более или менее длительно сохраняется фолликулярная жидкость (кистозная атрезия). Постепенно в яичниках образуется много атрезирующихся фолликулов, но желтые тела отсутствуют.

До возникновения регрессивных процессов в фолликулах образуется гормон, стимулирующий процесс пролиферации в эндометрии. Уровень эстрогенов при атрезии фолликулов может быть низким, но они действуют на эндометрий продолжительно и поэтому вызывают гиперплазию. Следовательно, при персистенции и атрезии фолликулов патологические процессы протекают в одном направлении: отсутствие овуляции и желтого тела, продолжительная стимуляция пролиферативных процессов в эндометрии эстрогенами, отсутствие секреторной трансформации разросшейся слизистой оболочки матки и отторжение ее, сопровождающееся кровотечением. Разница состоит в неодинаковой гормональной активности персистирующего и атрезирующегося фолликулов; однако изменения в эндометрии зависят не только от уровня эстрогенов, но главным образом от продолжительности их действия.

Этиология. Ановулярные маточные кровотечения возникают в связи с нарушением функционального состояния гипоталамо-гипофизарной системы и недостаточности яичников. Основанием для такого предположения является тот факт, что подобная аномалия менструальной функции чаще всего наблюдается в климактерическом периоде, когда происходит угасание функции яичников, и в период полового созревания при неустановившейся функции гипоталамо-гипофизарной системы и половых желез.

В период половой зрелости (до климакса) ановуляторные кровотечения наблюдаются реже и связаны также с недостаточной функцией системы гипоталамус — гипофиз — яичники. Ослабление функции этой системы, ведущее к ановуляторным кровотечениям, может возникнуть в связи с разными причинами. К ним относятся психические потрясения, истощающие заболевания, неудовлетворительное питание, переутомление, эндокринные нарушения, влияющие на гонадотропную функцию гипофиза. Для осуществления овуляции необходимо совместное действие фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов гипофиза. Нарушение продукции одного или обоих гормонов тормозит овуляцию и может привести к персистенции фолликула или образованию атретических (нелопнувших) фолликулов.

Возможно, что плотные спайки, окружающие яичник, и утолщение на почве воспаления белочной оболочки могут служить препятствием для разрыва фолликула.

Клиническое течение. Возникновению маточного кровотечения обычно предшествует более или менее продолжительная задержка менструаций. Срок задержки колеблется от 1—2 нед до $1^1/_2$—2 мес и выше. В некоторых случаях кровотечение возникает в срок предполагаемой менструации или даже раньше.

Кровотечение бывает затяжным и продолжается в течение нескольких недель или даже месяцев. Кровотечение чаще всего бывает несильным. Может возникнуть обильная кровопотеря, вызывающая острое малокровие и кислородное голодание организма. Сильное кровотечение нередко бывает при сочетании данного нарушения с миомой, аденомиозом. Обильны кровотечения в период полового созревания. Анемия может возникать также при необильном, но продолжительном кровотечении. Кровотечения, возникающие после некоторой задержки менструаций в период полового

созревания или климакса,— вот главные клинические особенности данной аномалии менструальной функции. Матка нормальной величины или несколько уменьшена, если ановуляторное кровотечение сочетается с инфантилизмом. В климактерическом периоде иногда наблюдается небольшое увеличение матки, зависящее от длительного воздействия эстрогенов.

Диагностика. Распознавание основывается на тщательном изучении анамнестических данных (перенесенные заболевания, условия питания и пр.), главным образом относящихся к менструальной функции. Учитывается возраст, имеющий немаловажное значение при данной аномалии. Необходимо исключить заболевание крови.

При исследовании половых органов должны быть исключены миома, полипы, рак и другие заболевания, способствующие возникновению маточных кровотечений. Большое значение имеет диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки с гистологическим исследованием соскоба.

При выскабливании отделяется значительная масса слизистой оболочки, имеющая мягковатую консистенцию. Соскоб может быть небольшим в том случае, если кровотечение началось давно и отторжение значительной части слизистой произошло до выскабливания.

В типичных случаях геморрагической метропатии, обусловленной персистенцией фолликула, гистологическое исследование показывает гиперплазию эндометрия с кистозным расширением желез. При кистозной атрезии фолликулов в слизистой оболочке также находят гиперпластические процессы, а иногда и кистозно расширенные железы. Типично отсутствие признаков секреторной трансформации эндометрия.

Пробное выскабливание слизистой оболочки матки, являющееся ценным методом диагностики, особенно рекомендуется в климактерическом периоде.

Вспомогательным методом диагностики является реакция «зрачка». В связи с тем что в яичнике вырабатывается только фолликулярный гормон (овуляции и желтого тела нет), циклические колебания интенсивности секреции желез шейки матки отсутствуют. Секреторная активность цервикальных желез носит довольно постоянный характер и выраженный симптом «зрачка» наблюдается до момента кровотечения.

Диагностическое значение имеет температурный тест. При нормальной менструальной функции базальная (ректальная) температура меняется в зависимости от фазы цикла (обычно измеряют температуру в прямой кишке после сна, в покое). В фолликулиновой фазе цикла температура обычно ниже 37°С, перед овуляцией она немного снижается, в лютеиновой фазе повышается на 0,4—0,6° (рис. 48); за 1—2 дня до наступления менструации температура вновь понижается. Указанные колебания температуры связаны с уровнем фолликулярного гормона и прогестерона в организме. Двухфазная температура указывает на чередовние фолликулиновой и лютеиновой фаз яичникового цикла. При ановуляторном (однофазном) цикле наблюдается характерная монотонность температурной кривой (рис. 49). Характерно понижение экскреции прегнандиола (ниже 1—1,5 мл в сутки).

Лечение. При ановуляторных маточных кровотечениях лечение должно быть комплексным с учетом этиологии, патогенеза, возраста больной, сопутствующих нарушений и заболеваний.

Основные принципы лечения: остановка кровотечения, предупреждение повторных кровопотерь, восстановление деятельности яичников, гипофиза и центральных механизмов, регулирующих менструальную функцию. В климактерическом периоде, приближающемся к менопаузе, неред-

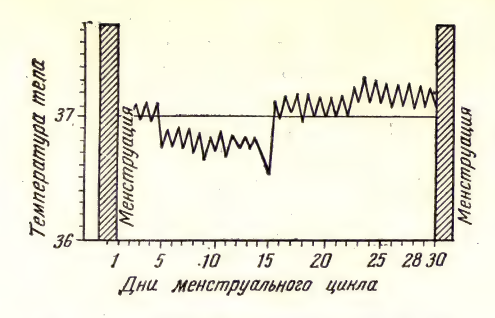


Рис. 48. Утренняя температура в прямой кишке при нормальном менструальном цикле.

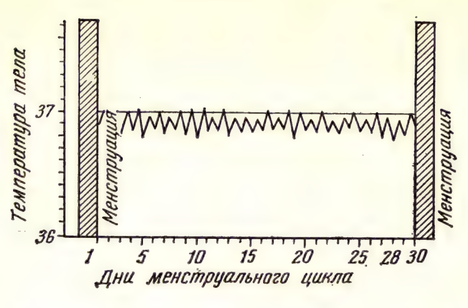


Рис. 49. Утренняя температура в прямой кишке при ановуляторном (однофазном) цикле.

ко возникает вопрос о необходимости прекращения функции яичников искусственным путем.

Лечение дисфункциональных кровотечений в период полового созревания. Дисфункциональные кровотечения в пубертатном и юном возрасте носят название ювенильных.

Основной целью лечения является регулирование менструальной функции (овуляторные циклы), однако приходится применять средства симптоматической терапии.

К симптоматической терапии относятся кровоостанавливающие препараты (в том числе хлорид кальция, глюконат кальция, стиптицин), средства, тонизирующие матку (питуитрин, окситоцин, маммафизин, прегнантол), стимулирующие кроветворение (гемостимулин, ферковен, другие препараты железа); при длительной анемии и продолжающемся обильном кровотечении возникает необходимость в гемотрансфузии. Дозы препаратов и количество переливаемой крови определяются возрастом, особенностями телосложения, характером кровотечения и анемии. Кровотечению в пубертатном периоде нередко сопутствует изменение свертываемости крови (чаще вторичное), что вызывает необходимость проведения специального исследования крови и дополнительного лечения (эпсилонаминокапроновая кислота и др.). Важное значение имеют средства общеукрепляющей терапии.

При безуспешности общеукрепляющей, симптоматической и других видов терапии применяют гормоны. Гормональная терапия проводится для остановки кровотечения (гормональный гемостаз), а в дальнейшем для нормализации менструальной функции.

С целью остановки кровотечения применяют эстрогены, которые ускоряют процесс регенерации эндометрия и способствуют урегулированию соотношений между ФСГ и ЛГ (подавляя избыточную функцию ФСГ). Эстрогены применяют в течение 3—4 дней в сравнительно высоких дозах (фолликулин по 20 000 ЕД или этинилэстрадиол по 0,05 мл 3—4 раза в сутки). В последующие дни дозы эстрогенов постепенно снижаются в 2—3 раза, а с 20-го дня от начала гемостаза на протяжении 6—8 дней одновременно с эстрогенами вводится прогестерон (5 мг) или прегнин (по 0,01 мг 3 раза в сутки). После отмены гормонов наступает менструальноподобная реакция.

С гемостатической целью можно применить прогестерон (или прегнин), который способствует (после отмены) десквамации функциональ-

ного слоя эндометрия. Прогестерон вводят внутримышечно по 5—10 мг в течение 5—6 дней. Этот препарат можно применять одновременно с небольшими дозами эстрогенов.

Для остановки кровотечения можно применять синтетические прогестины (инфекундин, метрулен, овулен и др.) по 2—3 таблетки в первые 2 дня, в дальнейшем по 1 таблетке. Продолжительность лечения 10—20 дней.

Обычно гормональный гемостаз бывает успешным. Если перечисленные средства не помогают, кровотечение продолжает оставаться обильным, анемия нарастает, то по жизненным показаниям производят выскабливание слизистой оболочки матки (удаляют источник кровотечения). Последующая терапия сводится к регуляции менструальной функции. У девочек с единичными кровотечениями предпочтительна общеукрепляющая и симптоматическая терапия.

При ювенильных кровотечениях лицам с достаточной эстрогенной функцией яичников назначается прогестерон (прегнин) за 8 дней до ожидаемой менструации. Если кровотечения возникают на фоне пониженной эстрогенной насыщенности организма, применяют циклическую терапию (этинилэстрадиол по 0,01 мг 1—2 раза в сутки с 6—8-го до 15—18-го дня цикла; с 18-го по 21-й день эстрогены вводят одновременно с прогестероном, с 21-го по 26-й день — только прогестерон по 5 мг). Схемы лечения гормонами меняются с учетом клинической картины, возраста, эффективности.

Лечение дисфункциональных кровотечений у взрослых женщин. Лечение дисфункциональных маточных кровотечений в период половой зрелости (до климактерия) имеет две цели: остановку кровотечения и восстановление менструальной функции.

У женщин лечение рекомендуется начинать с выскабливания слизистой оболочки матки, что способствует остановке кровотечения и уточнению диагноза при гистологическом исследовании эндометрия.

При наличии противопоказаний к выскабливанию (например, воспалительные заболевания), а также при выскабливании матки в недалеком прошлом и подтверждении диагноза дисфункционального кровотечения прибегают к гормональному гемостазу. Применяют сравнительно большие дозы эстрогенных препаратов: этинилэстрадиол по 0,1 мг каждые 4—3 ч или 0,1% раствор диэтилстильбэстрола по 1 мл внутримышечно 3—5 раз в сутки. Остановка кровотечения обычно наступает через 24—48 ч. Если у больной есть признаки анемии, лечение эстрогенами в снижающихся дозах продолжают 10—15 дней, так как после внезапной отмены их кровотечение может возобновиться. После лечения эстрогенами применяют прогестерон в течение 6—8 дней (по 5—10 мг).

При необильном и длительном кровотечении для гемостаза можно применить прогестерон или небольшие дозы эстрогенов (микрофоллин по 0,01 мг 2 раза в день в течение 5—6 дней), далее прогестерон (10 мг в течение 6—8 дней). Прогестерон можно заменить одной инъекцией 17-гидроксипрогестеронкапроната внутримышечно.

Хороший гемостатический эффект дает применение синтетических прогестинов. Инфекундин назначают по 4—5 таблеток в день до остановки кровотечения, которая достигается в течение 24—48 ч. После этого препарат применяют по 1 таблетке 20 дней (после отмены его наступает менструация).

По такой же схеме применяют другие прогестины (эслютон, мегестранол, метрулен и др.).

В дальнейшем проводится лечение, способствующее предупреждению кровотечений и восстановлению менструальной функции. Для этого применяют средства и методы с учетом патогенеза заболевания. В соответствующих случаях назначают общеукрепляющее лечение, седативные и другие препараты, регулирующие функции нервной системы, терапию сопутствующих заболеваний, устраняют интоксикации.

Для предотвращения повторных кровотечений применяют гормонотерапию в течение 3—6 мес. При персистенции фолликула и достаточной эстрогенной насыщенности организма назначают прогестерон (по 5—10 мг в течение 6—8 дней до ожидаемой менструации). Если эстрогенная функция яичников понижена, проводят циклическую терапию (эстрогены в течение 10—15 дней в первой половине цикла, прогестерон — во второй фазе).

Для регуляции менструальной функции назначают также инфекундин и другие синтетические прогестины, которые оказывают временное тормозящее действие на гипоталамо-гипофизарную систему. После временного торможения наступает усиление функций этой системы, повышение продукции гонадотропинов и последующее повышение активности яичников. Нередко возобновляется овуляция. Инфекундин принимают по 1 таблетке в день в течение 21 дня 4—6 менструальных циклов. С целью стимуляции овуляции назначают также физиотерапевтические процедуры (эндоназальная гальванизация, электростимуляция шейки матки), кломифен и другие препараты.

У пожилых женщин (климактерий, близкий к менопаузе) применяют прогестерон или прегнин во второй фазе цикла (реже синтетические прогестины с гемостатической целью), кровоостанавливающие препараты. Если возникает необходимость прекращения менструаций, назначают андрогены (по 1 мл 5% раствора тестостерона 2 раза в неделю в течение 6—8 нед, затем метилтестостерон по 5 мг 3 раза в день в течение 2—3 мес). Лечение андрогенами проводят под контролем кольпоцитологических исследований.

Овуляторные маточные кровотечения, т. е. кровотечения у женщин с двухфазным менструальным циклом, наблюдаются в трех вариантах: 1) укорочение (до 7—8 дней) фолликулиновой фазы и сокращение в связи с этим цикла до 14 — 21 дня; 2) укорочение лютеиновой фазы (гиполютеинизм); 3) удлинение лютеиновой фазы (гиперлютеинизм). Первый вариант наблюдается в период становления менструального цикла, после инфекционных заболеваний и связан, возможно, с нарушением гонадотропной функции гипофиза. Кроме укорочения цикла, иногда наблюдается (особенно в период становления цикла) гиперполименорея. Диагноз устанавливается на основании повышения базальной температуры ранее 10—12-го дня цикла; при гистологическом исследовании соскоба за 2—3 дня до менструаций выявляют полноценную фазу секреции. При гиперполименорее назначают средства, сокращающие матку; для удлинения первой фазы цикла применяют небольшие дозы эстрогенов, андрогенов на 2—4—6-й день цикла.

При укорочении лютеиновой фазы цикла (первая фаза не нарушена) наблюдаются довольно обильные кровотечения до и после менструаций. Причиной этой патологии являются хронические воспалительные процессы половых органов с последующим нарушением лютеинизирующей и лютеотропной функции гипофиза.

Диагноз устанавливается на основании клинических симптомов, определения базальной температуры (она повышена только 3—6 дней) и

гистологического исследования соскоба эндометрия, удаленного при выскабливании за 3—5 дней до предполагаемого начала менструаций. При исследовании обнаруживают неполноценную секреторную фазу эндометрия, часть желез в состоянии, характерном для секреторной фазы, часть — пролиферативной; отсутствует разделение эндометрия на функциональный и спонгиозный слои, а также (иногда) реакция стромы, характерная для фазы секреции. Лечение прогестероном (по 5—10 мг 6—8 дней перед менструацией), возможно назначение прогестинов 1—2 цикла подряд, например инфекундин по 1 таблетке с 5-го по 25-й день цикла, с интервалом в 2 мес.

Третий вариант овуляторных кровотечений — гиперлютеинизм (син.: ультраменструальная гиперплазия эндометрия, персистенция желтого тела) — встречается редко. Возможная причина этой патологии — длительное выделение лютеинизирующего и лютеотропного гормонов и обусловленная этим персистенция желтого тела. Больная жалуется на длительные (по 8—12 дней и больше), очень обильные, наступающие в срок или с некоторым запозданием менструации. Базальная температура не снижается в течение 5—7 дней после начала менструации. При гистологическом исследовании соскоба эндометрия, произведенном не ранее 5—8-го дня менструации, обнаруживают, что одни участки эндометрия секреторно преобразованы, другие — в стадии очень ранней регенерации. При определении прегнандиола в моче находят повышенное его количество (как во второй фазе цикла). Терапия — выскабливание слизистой оболочки матки на 5—8-й день менструации, метилтестостерон во второй фазе цикла по 10 мг ежедневно, в течение 8—10 дней, этинилэстрадиол со 2-го по 25-й день цикла для подавления овуляции.

Ациклические маточные кровотечения (метроррагия)

К ациклическим кровотечениям (метроррагия) относятся все маточные кровотечения, происходящие не из раневой поверхности, образующейся при менструации (десквамация функционального слоя), а из патологически измененной слизистой оболочки матки. Обычно источником кровотечения являются процессы, сопровождающиеся возникновением раневой поверхности, изъязвлений или нарушением сосудистых стенок. Возможно возникновение маточного кровотечения без повреждения слизистой оболочки матки, per diapedesin.

Кровотечение при метроррагии может возникнуть в межменструальном периоде, предшествовать менструации или начаться после нее. Кровотечение может происходить в течение длительного времени, затушевывая существующие менструальные циклы. Продолжительность и интенсивность кровопотери при метроррагии колеблются в широких пределах в зависимости от характера патологического процесса, послужившего источником кровотечения.

Метроррагия наблюдается как при наличии циклических процессов, так и после прекращения менструальной функции (в менопаузе).

Возникает метроррагия при следующих заболеваниях половых органов.

1. Полипы слизистой оболочки тела и шейки матки являются сравнительно частой причиной ациклических кровотечений. Кровотечение из полипов наступает в связи с возникновением вторичных изменений. К таким изменениям относятся кровоизлияния, изъязвления и распад полипа, связанные с нарушением питания.

2. Субмукозные миомы обычно вызывают довольно сильные и продолжительные кровотечения, затушевывающие менструальный цикл. Кровотечение бывает особенно сильным при рождающемся узле (разрыв сосудов капсульной зоны).

3. Метроррагии часто являются симптомом рака тела и шейки матки (особенно в климактерическом периоде и в менопаузе). Кровотечение начинается при изъязвлении поверхности опухоли. Дальнейший распад опухоли и нарушение сосудов могут привести к возникновению профузных кровотечений. Ациклические кровотечения возникают при саркоме, хорионэпителиоме матки, а также при гормональноактивных опухолях яичника, вызывающих гиперплазию эндометрия с последующим распадом.

4. Тяжело протекающий базальный эндометрит может быть причиной продолжительного кровотечения. Источником его является раневая поверхность, заживление которой нарушено в связи с поражением элементов базального (росткового) слоя эндометрия.

5. Эрозия шейки матки может быть источником кровотечения при повреждениях (контактные кровотечения).

Метроррагия является признаком многих осложнений беременности. Кровотечение ациклического характера наблюдается при аборте, внематочной беременности, пузырном заносе и других осложнениях второй половины беременности.

Ациклические маточные кровотечения могут возникнуть в связи с застойной гиперемией органов малого таза, при гиповитаминозе С, гипертонической болезни. В таких случаях кровотечение происходит в связи с нарушением сосудов или per diapedesin при отсутствии раневой (язвенной) поверхности в эндометрии.

Причиной ациклических кровотечений из половых путей могут быть патологические процессы в области влагалища и вульвы (рак, кольпит, разрыв варикозного узла и др.).

Таким образом, метроррагия является симптомом многих гинекологических болезней, осложнений беременности и некоторых общих заболеваний. Заслуживает большого внимания тот факт, что причиной ациклических кровотечений являются злокачественные новообразования половых органов. Поэтому при всякой метроррагии необходимо выяснить источник кровотечения. Диагностика причин метроррагии основывается на данных общего и гинекологического исследования больной. В соответствующих случаях (в климактерическом периоде и старческом возрасте) необходимо применять пробное выскабливание матки и биопсию с гистологическим исследованием.

Лечение. Терапия заболеваний, симптомом которых является метроррагия.

Болезненные менструации

Болезненные менструации принято называть дисменореей, хотя данный термин применим ко всем расстройствам менструальной функции. Более точными терминами (algodysmenorrhea, algomenorrhea, menalgia) пользуются еще не все гинекологи.

Альгоменорея (дисменорея) относится к сравнительно частым расстройствам менструальной функции. Она проявляется различно. Обычно боль возникает до начала менструации и продолжается в течение первого дня или первых дней ее. Реже боль начинается с появлением менструации

и продолжается до ее окончания. Боли могут быть тупыми, тянущими или чрезвычайно сильными, судорожными. К резко выраженным болевым явлениям нередко присоединяются тошнота, рвота, повышение секреции слюнных желез, потливость, спастические запоры, головная боль и другие расстройства, нарушающие общее состояние и трудоспособность женщины.

Различают первичную и вторичную альгоменорею.

Первичной альгоменорею считают в том случае, если она не связана с какими-либо органическими заболеваниями половых органов; в большинстве случаев первичная альгоменорея наблюдается у нерожавших женщин.

Вторичная альгоменорея является следствием гинекологических болезней (воспалительные заболевания, эндометриоз, опухоли, невралгия тазовых нервов и др.) [1].

Этиология. Альгоменорея является не самостоятельным заболеванием, а симптомом других болезней, функциональных нарушений, аномалий развития.

В происхождении альгоменореи большую роль играют функциональные особенности и расстройства нервной системы. Многочисленные наблюдения показывают, что альгоменорея нередко наблюдается у женщин с лабильной, неуравновешенной нервной системой.

При неустойчивости функций нервной системы порог болевой чувствительности понижен, поэтому обычные сокращения матки, происходящие при менструации, воспринимаются в виде сильных схваткообразных или режущих болей (при правильном течении нервных процессов раздражения, связанные с сокращениями менструирующей матки, остаются под порогом ощущений).

Возникновению альгоменореи могут способствовать разные причины, определяющие повышенную раздражимость и неустойчивость нервной системы. К таким причинам относятся: неблагоприятные условия среды, тяжелые заболевания (особенно перенесенные в детстве и в период полового созревания), душевные потрясения, переутомление, аномалии развития (инфантилизм, интерсексуальность) и особенности конституции (астения), эндокринные нарушения.

Раньше считалось, что важнейшей причиной альгоменореи является механическое препятствие к выделению крови из полости матки. К таким механическим причинам относили узость канала конической шейки матки, резкий перегиб матки(остроугольная антефлексия), рубцовые сужения внутреннего зева шейки матки после ее выскабливания, прижиганий и других вмешательств. Для преодоления этих препятствий и изгнания из полости матки крови и распадающегося функционального слоя требуются интенсивные сокращения матки. Эти необычно сильные сокращения мускулатуры матки сопровождаются ощущениями более или менее интенсивной боли.

В дальнейшем было установлено, что альгоменорея при конической шейке и остроугольной антефлексии матки связана главным образом не с механическими условиями, а с инфантилизмом; коническая шейка и чрезмерный перегиб матки служат частыми проявлениями инфантилизма. Ему нередко сопутствуют лабильность нервной системы, определяющая

---

[1] Существует и другое определение: первичная альгоменорея — менструации, болезненные с самого начала их возникновения, вторичная — после предшествовавших безболезненных менструаций.

повышенную чувствительность к раздражениям, исходящим из внешней и внутренней среды, в том числе из половых органов. Нарушения гормонального баланса при инфантилизме являются дополнительным фактором, способствующим возникновению альгоменореи (следует указать, что альгоменорея может быть только при овуляторных циклах).

О недостаточной обоснованности механической теории происхождения альгоменореи свидетельствовала безуспешность или недостаточная эффективность лечения путем расширения канала шейки матки, рассечения шейки и другими методами, направленными на устранение предполагаемых препятствий. Следует учесть и тот факт, что недоразвитие половых органов не всегда сопровождается альгоменореей даже при выраженной остроугольной антефлексии и конической форме шейки матки.

Вторичная альгоменорея может возникнуть в связи с воспалительными процессами, эндометриозом, опухолями, аномалиями положения половых органов. Альгоменорея при воспалительных и других заболеваниях связана с нарушением кровообращения половых органов, чрезмерным раздражением нервных элементов при сокращениях матки.

При воспалительных процессах имеет значение натяжение спаек, образующихся между брюшинным покровом матки и соседними органами. Сильные боли перед менструацией и в течение ее обычно бывают при эндометриозе матки, труб, яичников, тазовой клетчатки, а также при других локализациях эндометриоидных гетеротопий. Причины болевых ощущений при эндометриозе сложны. По-видимому, имеют значение циклические изменения в очагах несвоеместно разросшегося эндометрия и воздействие на рецепторы механических и других необычных воздействий.

Длительно существующие воспалительные и другие заболевания половых органов способствуют истощению нервной системы. Возникающее при этом понижение порога возбудимости является дополнительной причиной наступления альгоменореи.

В редких случаях функциональный слой эндометрия при менструации отделяется в виде сплошной перепонки, не подвергаясь ферментативному расплавлению, как это бывает при нормальных менструациях. Это нарушение процесса десквамации связано со своеобразным нарушением функции яичников. Выделение из матки нерасплавленного функционального слоя сопровождается сильными болями.

Лечение. Лечение альгоменореи должно быть направлено на устранение причин, обусловливающих возникновение болевых ощущений. Такой подход сравнительно легко осуществим при вторичной альгоменорее. Успех терапии зависит от того, будут ли излечены воспалительные процессы, эндометриоз и другие заболевания половых органов, симптомом которых является альгоменорея.

Лечение первичной альгоменореи представляет собой более сложную задачу. Здесь большое значение имеют все средства, способствующие регулированию функций центральной нервной системы: правильный образ жизни, рациональное питание, умеренные занятия спортом, устранение всех условий, оказывающих неблагоприятное влияние на психику. По показаниям назначают препараты железа, витамины, при инфантилизме, кроме общеукрепляющего лечения, можно применять грязелечение, индуктотермию, вагинально-абдоминальную (сакральную) диатермию, малые дозы эстрогенов в первой фазе цикла.

Общеукрепляющее лечение продолжается долго и не всегда бывает успешным. Поэтому при альгоменорее приходится прибегать к симптоматической терапии, главным образом к болеутоляющим средствам. Симпто-

матическое лечение нередко бывает показано и при вторичной альгоменорее.

Как болеутоляющие назначают амидопирин, антипирин, фенацетин, суппозитории с белладонной, папаверином и амидопирином или антипирином по следующей прописи.

Rp.: Extr. Belladonnae 0,015
Papaverini hydrochlorici 0,02
Amydopyrini 0,5
But. Cacao q. s. ut f. suppos.
D. t. d. N 4
S. По 1—2 свечки в день

Рекомендуются также микроклизмы из теплого настоя ромашки, согревающие компрессы и грелки на низ живота.

Болезненные менструации бывают обычно овуляторными. На этом основании предпринимаются попытки подавления овуляции с целью снижения болевых ощущений.

При альгоменорее назначают прогестерон, снижающий возбудимость матки. Этот препарат применяют за 5—6 дней до менструации по 5—10 мг ежедневно. Лечение прогестероном не всегда устраняет альгоменорейные боли. Иногда наблюдается облегчение болей после применения 1—2 раза в день порошков, содержащих аэрон (1 таблетка), люминал (0,15 г) и препарат камфоры (Camphorae monobromati 0,25).

Рассечение шейки матки и выскабливание слизистой оболочки матки — методы, основывающиеся на механической теории происхождения альгоменореи, в настоящее время не рекомендуются.

ГЛАВА IV

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

К врачам — акушерам-гинекологам нередко обращаются женщины, заболевания которых относятся к группе нейроэндокринных синдромов. Такими синдромами являются предменструальный, климактерический, посткастрационный, адрено-генитальный, склерокистоза яичников, послеродовых нейроэндокринных нарушений.

ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Предменструальный синдром (предменструальное напряжение) представляет собой совокупность патологических симптомов, возникающих за несколько дней (реже за $1^1/_2$—2 дня) до менструации и исчезающих непосредственно или в течение первых дней после нее. Симптомокомплекс данной патолгии слагается из признаков нарушения нервной, эндокринной, сосудистой и других систем, а также обмена веществ. Частота предменструального синдрома, по данным литературы, колеблется в широких пределах — 2,14—25% женщин, что связано с неодинаковым подходом к оценке признаков, нередко предшествующих и сопутствующих менструации (одни авторы данный диагноз ставят при выраженных нарушениях, другие — при незначительном изменении самочувствия). Предменструальным синдромом следует считать патологический процесс, выраженные признаки которого появляются за 2—14 дней до менструации, исчезают с началом или вскоре после нее и приводят к снижению трудоспособности женщины.

Предменструальный синдром наблюдается в репродуктивном периоде жизни (обычно 30—35 лет), причем тяжелыми формами заболевания страдают чаще женщины старше 35 лет.

Этиология предменструального синдрома изучена недостаточно. Установлено, что его возникновению предшествуют стрессовые ситуации, умственное напряжение, инфекционные заболевания (грипп, энцефалит, туберкулез, ревматизм), аборты, патологические роды. Указанные обстоятельства способствуют возникновению предменструального синдрома у женщин с неустойчивой системой нейроэндокринной регуляции менструальной функции и других процессов, определяющих гомеостаз.

Клинические проявления предменструального синдрома разнообразны. Он характеризуется многосимптомностью, что указывает на вовлечение в патологический процесс ряда систем организма. Наиболее частыми являются жалобы на повышенную раздражительность, депрессию, плак-

сивость, агрессивность, головную боль, головокружение, нарушение сна, тошноту и рвоту, болезненное нагрубание молочных желез, отечность лица, метеоризм, зуд, боли в области сердца, сердцебиение, познабливание, снижение памяти; иногда повышается температура тела.

Типичны цикличность проявления указанных расстройств и индивидуальный характер клинической картины. У некоторых женщин можно наблюдать 3—4 симптома из указанных выше, у других появляется 10—15 выраженных признаков данного заболевания. В соответствии с характером клинических проявлений различают легкую и тяжелую формы предменструального синдрома.

К наиболее частым проявлениям синдрома относятся нервно-психические нарушения, которые изменяют не только самочувствие, но нередко и поведение больной (неадекватность реакций, агрессивность, повышенная требовательность). Часто наблюдаются вегетативно-сосудистые расстройства (головокружения, тахикардия, неустойчивость артериального давления, боли в области сердца и др.).

У многих больных наблюдаются симптомы обменно-эндокринных нарушений (отеки, сопровождающиеся снижением диуреза и увеличением массы тела, нагрубание молочных желез и др.). Реже встречаются зуд, крапивница и другие аллергические реакции.

Предменструальному синдрому, особенно протекающему в тяжелой форме, нередко сопутствуют изменения электроэнцефалограммы, снижение содержания калия в сыворотке крови при одновременной гипернатриемии и гиперхлоремии. У больных нередко наблюдаются расстройства менструальной функции: ановуляторные циклы, двухфазные циклы с неполноценной второй фазой (гиполютеизм), нарушение нормальных соотношений между эстрогенами и андрогенами.

Возникновение и патогенез предменструального синдрома связывают с преимущественным поражением нервной и эндокринной систем, а также с извращением иммунологических реакций организма. Можно считать обоснованным предположение, что данный синдром представляет собой проявление недостаточности адаптационной системы организма на уровне гипоталамус — гипофиз — надпочечники. Однако этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Предменструальный синдром характеризуется длительностью течения, появлением все новых симптомов, отягощающих состояние больной. Характерно исчезновение всех проявлений синдрома после менструации.

Л е ч е н и е предменструального синдрома включает психотерапию, применение транквилизаторов, витаминов, диуретиков и половых гормонов. Компоненты этой схемы применяются в соответствии с клинической картиной, с учетом характера изменений в той или иной системе организма.

Психотерапия сводится к разъяснению обратимости патологических процессов, устранению страха и опасений. При необходимости психотерапия дополняется применением препаратов с преимущественным нейроплегическим действием (триоксазин, элениум, френолон, мепробамат) в небольших дозах с 12—15-го дня цикла до первого дня менструации.

Применяют диуретические средства, способствующие выведению избытка хлорида натрия и воды из организма (гипотиазид, раствор хлорида аммония). Чтобы предупредить снижение калия, назначают диету с повышенным содержанием этого вещества или препараты калия. Одновременно ограничивают употребление поваренной соли.

При наличии отеков и неполноценности желтого тела (снижение экскреции прегнандиола) рекомендуется применение прогестерона в течение 6—8 дней во второй фазе цикла. Особенно показан прогестерон при повышенной насыщенности организма эстрогенами. При снижении содержания эстрогенов и прогестерона введение соответствующих препаратов в первой и второй фазах цикла в небольших или умеренных дозах. При тяжелом течении синдрома применяют также синтетические прогестины. Наличие аллергического компонента является показанием к назначению димедрола, супрастина и других препаратов, снижающих повышенную чувствительность организма.

Одновременно проводится лечение сопутствующих заболеваний, наличие которых отягощает проявления предменструального синдрома.

КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

У большинства здоровых женщин климактерический период протекает без особенностей.

Патологическое течение климакса обусловливается глубокими возрастными функциональными изменениями высших отделов центральной нервной системы — коры и подкорковой области, вследствие которых возникает своеобразный патологический симптомокомплекс. Установлена повышенная возбудимость гипоталамических структур, участвующих в регуляции гонадотропной функции гипофиза и центров, имеющих отношение к проявлению вегетоневротических реакций. Совокупность патологических проявлений, присущих переходному периоду жизни, называют климактерическим *синдромом*. Этот синдром наблюдается приблизительно у 40% женщин. Клиническое течение его, помимо нарушения менструального цикла, характеризуется появлением многих патологических симптомов.

Симптомы патологического климакса можно условно разделить на три группы.

1. Вегетативно-сосудистые нарушения: приливы жара к голове, шее, поты, мигрени, боли в области сердца.

2. Нервно-психические расстройства: нервозность, повышение возбудимости, раздражительность, плаксивость, чувство страха, сердцебиение, головокружение, нарушение сна.

3. Эндокринные симптомы: нарушение функции щитовидной железы, коры надпочечников, обменных процессов, боли в молочных железах, гипертрихоз.

К более редким симптомам патологического климакса относятся парестезии, инволюционные психозы, обменные артриты, дизурические и диспепсические явления, зуд вульвы, крауроз. Симптомы патологического климакса наиболее часто наблюдаются в возрасте 45—60 лет, появляются через 3—6 мес после прекращения менструаций или в период климактерических изменений менструальной функции. Реже синдром появляется спустя несколько лет после наступления менопаузы.

Климактерический синдром часто сопутствует гипертонической болезни, изменениям функции щитовидной железы и надпочечников.

Лечение патологического климакса комплексное. Большое значение имеет психотерапия, осуществляемая лечащим врачом. Больной разъясняют, что климактерический синдром является преходящим потому, что организм, как правило, приспосабливается к возрастным измене-

ниям, а эстрогенная функция яичников сохраняется еще в течение длительного времени после прекращения менструаций. Симптомы патологического климакса постепенно исчезают полностью, не вызывая существенных патологических процессов в организме.

В случаях преобладания в клинической картине патологического климакса нервно-психических расстройств и нарушения обменных процессов рекомендуются лечебная гимнастика, теплые хвойные ванны, прогулки на свежем воздухе, диета с ограничением экстрактивных веществ, супов, мяса, поваренной соли. Пища рекомендуется в основном растительная — овощи, фрукты, салаты из сырых овощей. Рекомендуется периодическое применение витаминных комплексов. Особенно важна диетотерапия, если патологический климакс развивается у тучных. Примерная диета при ожирении (1500—1700 калорий): хлеба (в основном черного) 100—150 г, сахара 5—6 г, мяса, рыбы, творога в общей сложности 400 г, овощей до 500 г, фруктов до 1 кг в день. Исключаются из пищевого рациона макаронные изделия, картофель, каши, изделия из теста, конфеты.

При похудании назначают высококалорийное рациональное питание. При патологическом течении климактерического периода следует также широко применять седативную терапию, которая снижает возбудимость коры головного мозга, вегетативных центров и способствует регулированию функций важнейших органов и систем.

Рекомендуются транквилизаторы (триоксазин, френолон и др.) и следующие седативные средства: валериановый чай (по 1/4 стакана 2—3 раза в день:), бромиды, белласпон или белоид (1—2 таблетки в день). Для лечения вегетоневротических нарушений применяют различные виды физиотерапии: шейно-лицевую ионогальванизацию, гальванические воротники с новокаином и др. Лечение проводится в течение 3—6 нед (до исчезновения патологических симптомов). Повторные курсы лечения назначают при возобновлении патологических проявлений.

Если перечисленные методы лечения не дают должного эффекта, наряду с указанными выше методами применяют гормональную терапию.

Лечение тяжелой формы климактерического синдрома по показаниям дополняют небольшими дозами гормонов. Рекомендуется одновременное применение эстрогенных и андрогенных гормонов, чтобы уменьшить стимулирующее действие эстрогенов на эндометрий и молочные железы. Назначают инъекции эстрадиол-дипропионата (0,5—1 мл 0,1% раствора) и тестостерон-пропионата (1 мл 1% или 2,5% раствора) 1 раз в 3—5 дней. Лечение проводится в течение 5—7 нед. Повторные курсы лечения назначают при рецидиве симптомов патологического климакса. При опухолях половых органов, молочных желез и других опухолевых заболеваниях эстрогенные гормоны противопоказаны. Этим больным следует проводить лечение только андрогенными гормонами (тестостерон-пропионат по 1 мл 1% или 2,5% раствора 2—3 раза в неделю, постепенно удлиняя интервалы между инъекциями до 10—12 дней. Курс лечения 10—15 инъекций). Повторные курсы лечения проводят при рецидивах заболевания.

В настоящее время предпочитают применять препараты эстриола.

Профилактика патологических проявлений климактерия должна начинаться в молодом возрасте. Она заключается в соблюдении общегигиенического режима, разумном чередовании труда и отдыха, предохранении от инфекционных и общесоматических заболеваний. Большое значение имеют правильное питание, занятия физкультурой и спортом.

ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

После хирургических операций, при которых производится удаление яичников (рак матки, злокачественные опухоли яичников, гнойные тубо-овариальные образования с атрофией тканей яичников и др.) у многих женщин возникает посткастрационный синдром.

Посткастрационный синдром (как и климактерический) представляет собой совокупность нервно-психических, вегетативно-сосудистых и обменно-эндокринных нарушений.

К основным клиническим признакам относятся: раздражительность, депрессия, страхи, быстрая утомляемость, снижение памяти, особенно частые «приливы» (ощущение жара), повышенная потливость, головная боль (нередко сопровождающаяся тошнотой и даже рвотой), ощущение тяжести в голове, боли в области сердца, сердцебиение, парестезии, склонность к обморочным состояниям и т. д.

Посткастрационный синдром возникает у 60—70% женщин, которые перенесли овариэктомию. Эти явления в большинстве случаев стихают или исчезают в течение года, но примерно у 25% посткастрационный синдром продолжается 2—5 лет после операции.

Иногда отмечаются рецидивы проявлений синдрома после переутомления, перенесенного заболевания или нервного потрясения.

При длительном течении синдрома нередко возникают ожирение, гиперхолестеринемия, нарушение сосудистого тонуса (гипертония или гипотония), проявления атеросклероза и др. Установлена связь между длительностью посткастрационного синдрома и соматическими заболеваниями.

Туберкулез, гипертиреоз, заболевания печени, почек, нервной и других систем отягощают проявления синдрома и задерживают наступление его обратного развития.

В патогенезе посткастрационного синдрома основную роль играют изменения в нервной и эндокринной системах. К возникновению патологических проявлений синдрома предрасполагают существовавшие до операции преморбидные состояния, перенесенные заболевания, длительное напряжение и другие факторы, способствующие изменению функций нервной системы и желез внутренней секреции. После операции в связи с удалением яичников изменяется гонадотропная функция гипофиза (обратная связь), а также соответствующих гипоталамических структур, участвующих в регуляции функций системы гипоталамус — гипофиз — яичники.

При тяжелом течении синдрома отмечаются возбуждение подкорковых структур, изменение функций щитовидной железы (обычно повышение), снижение синтеза гормонов в коре надпочечников. Эти изменения способствуют снижению активности компенсаторных реакций, процессов адаптации, определяющих гомеостаз.

Лечение при посткастрационном синдроме основано на учете патогенеза заболевания и проводится, в основном, в направлениях, осуществляемых для устранения проявлений посткастрационного синдрома.

Имеют большое значение общеукрепляющая терапия: лечебная гимнастика, водные процедуры, ходьба, плавание на фоне психотерапии. Рекомендуется применение седативных препаратов (триоксазин, седуксен, френолон, препараты валерианы, элениум и др.), а также физиотерапевтические процедуры (шейно-лицевая гальванизация, гальванический воротник и др.).

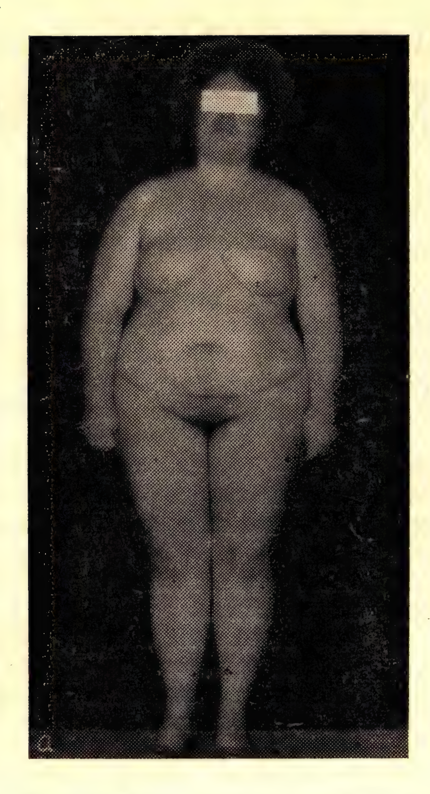




Рис. 50. Внешние проявления синдрома склерокистозных яичников.

а — ожирение, умеренный гипертрихоз; *б* — рост волос на лице.

Хороший терапевтический эффект дают витамины, особенно комплексное применение их (B_1, B_6, C, PP). Имеются данные об успешном применении витаминов с 2% раствором новокаина при тяжелом течении посткастрационного синдрома.

СИНДРОМ СКЛЕРОКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

В основе синдрома склерокистоза яичников лежит нарушение биосинтеза стероидных гормонов в яичниках вследствие дефекта или блокады ферментов, осуществляющих синтез эстрогенов. В результате нарушения ферментных систем синтез останавливается в стадии предшественников эстрогенов (андростендиона, 17-оксипрогестерона, тестостерона), которые обладают андрогенными свойствами. Недостаток эстрогенов и гиперандрогения яичникового происхождения оказывают определяющее влияние на симптомы заболевания.

Характерно двустороннее увеличение яичников, утолщение белочной оболочки, что придает ей сероватый или перламутрово-беловатый цвет. В корковом слое яичников много мелких фолликулярных кист со светлым содержимым, число примордиальных и зрелых фолликулов уменьшено. Отмечаются гиперплазия соединительной ткани theca interna фолликулов, разрастание и фиброз соединительной ткани стромы и стенок сосудов.

Этиология склерокистоза яичников недостаточно ясна, несмотря на большое число исследований, посвященных этому вопросу. Полагают, что ферментные нарушения, определяющие дефект синтеза эстрогенов в яичниках, являются генетически обусловленными. Некоторые авторы полагают, что заболевание связано с первичным нарушением центральной ре-

гуляции гипофизарно-яичниковой системы, что приводит к изменению цикличности секреции гонадотропинов, установлению ановуляторных циклов с последующим нарушением биосинтеза эстрогенов в яичнике. Основанием для такого предположения являются наблюдения, указывающие на возникновение синдрома склерокистозных яичников после психических травм, осложненных родов и абортов.

У некоторых больных склерокистозу яичников сопутствует изменение функции коры надпочечников. Избыток андростендиола, образующегося в яичниках, тормозит соответствующие ферментативные процессы в надпочечниках, а возникающая дисфункция их усиливает андрогенное влияние на организм женщины.

Можно предположить, что патогенез синдрома склерокистозных яичников неоднороден, чем определяется многообразие клинических проявлений заболевания.



Рис. 51. Склерокистозные яичники.

Заболевание начинается слабовыраженными признаками в молодом возрасте (иногда с периода полового созревания). Выраженные клинические признаки проявляются обычно в возрасте 20—25 лет.

Наиболее постоянным симптомом склерокистоза яичников служит нарушение менструальной функции (у 95—96% больных); характерными являются гипоменструальный синдром и аменорея. Реже наблюдаются нарушения в виде длительных ановуляторных кровотечений.

Синдрому склерокистозных яичников почти всегда сопутствует бесплодие. У больных, в анамнезе которых имелись роды и аборты, беременность наступала до развития типичной формы склерокистоза яичников.

Частым признаком заболевания (у 86—90% больных) является гирсутизм — патологическое оволосение. Типичной областью избыточного оволосения являются околососковые кружки молочных желез, передняя брюшная стенка (по белой линии, вокруг пупка), ноги, лицо — оволосение по мужскому типу (рис. 50 *б*). Признаки гирсутизма появляются после нарушения менструальной функции и постепенно усиливаются.

У больных сохраняется телосложение женского типа, нередко наблюдается выраженное ожирение (рис. 50, *а*). Общее состояние и трудоспособность обычно не нарушаются.

Постоянным признаком заболевания является увеличение яичников и уплотнение их. Увеличение яичников особенно отчетливо выявляется при гистеросальпингографии и гинекографии, их тень соответствует половине размеров матки или превышает эту величину (рис. 51). Матка обычных размеров или уменьшена, сравнительно редко наблюдается небольшая гипертрофия клитора.

Диагноз склерокистоза яичников устанавливается на основании изучения симптомов заболевания, применения клинических и рентгенологиче-

ских методов исследования половой системы, выяснения функции яичников (тесты функциональной диагностики, величина экскреции эстрогенов). Имеет большое значение определение величины экскреции андрогенных предшественников эстрогенных гормонов, в практике лечебных учреждений с этой целью изучают величину экскреции 17-кетостероидов (совокупность обменных превращений яичниковых и надпочечниковых андрогенных гормонов). В дальнейшем выясняют источник повышенной экскреции 17-кетостероидов. Для этого применяют специальные пробы (с хориогонином, преднизолоном, прогестероном и др.), позволяющие уточнить, являются ли причиной гиперандрогении ферментативные нарушения в яичниках или андрогены образуются в надпочечниках.

Основным методом лечения является клиновидная резекция яичников. При этом удаляют значителньую часть яичников, содержащую разросшуюся тека-ткань, в которой происходит неправильный синтез гормонов. При резекции рассекают утолщенную белочную оболочку яичника, представляющую дополнительное препятствие для овуляции.

Механизм эффекта клиновидной резекции связан с удалением источника повышенной продукции андрогенов, что нередко способствует восстановлению функций гипоталамо-гипофизарной системы.

После операции у большинства больных восстанавливается правильный ритм менструаций, нередко возобновляются двухфазные овуляторные циклы. У многих женщин после операции наступает беременность, но в ряде случаев бесплодие не устраняется. Хирургическое вмешательство может способствовать снижению степени гипертрихоза и ожирения.

Через несколько лет или месяцев после операции симптомы заболевания могут возобновиться. При нерезко выраженных признаках заболевания делают попытки вызвать овуляцию применением 2—3 курсов синтетических прогестинов (эслютон, бисекурин, инфекундин). Курс лечения 21 день, по 1 таблетке ежедневно. Перерыв 7—8 дней. Применяют также кломифен (в течение 5 дней по 5 мг с 5-го дня цикла), если экскреция эстрогенов снижена не очень резко.

При сочетании склерокистозных яичников с дисфункцией коры надпочечников применяют преднизолон (по 10 мг, а затем по 5 мг в сутки). Терапия преднизолоном является длительной и может быть настолько успешной, что необходимость клиновидной резекции не возникает.

АДРЕНО-ГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

Адрено-генитальный синдром (АГС) возникает вследствие нарушения синтеза гормонов в надпочечниках и яичниках, что способствует возникновению ряда патологических признаков.

Заболевание, генетически обусловленное, начинается в период внутриутробного развития (врожденная форма АГС) или проявляется в стадии полового созревания (пубертатная форма АГС). Реже признаки данной патологии проявляются после завершения полового созревания (постпубертатная форма АГС).

Врачу — акушеру-гинекологу приходится наблюдать женщин, страдающих простой вирилизирующей (омужествляющей) формой АГС (сольтеряющая и гипертензивная формы встречаются редко, в раннем детстве).

Возникновение простой вирилизирующей формы АГС связано с повышением синтеза андрогенов в коре надпочечников, обусловленным

недостаточностью фермента C_{21}-гидроксилазы. Недостаток этого фермента ведет к снижению синтеза коризола и увеличению предшественников — андрогенов (тестостерон, дегидроэпиандростерон, андростендиол). Андрогены оказывают маскулинизирующее влияние на организм девочки (телосложение и рост волос по мужскому типу, недоразвитие вторичных половых признаков, гипертрофия клитора и др.).

Врожденная форма АГС. Избыточное образование андрогенов начинается во внутриутробном периоде. Если этот процесс возникает с 13—14 нед внутриутробного развития, происходит резкая вирилизация наружных половых органов (пенисообразный клитор, половые складки соединяются и образуют подобие мошонки, сохраняется уро-генитальный синус), вследствие чего иногда допускаются ошибки в определении пола при рождении. Развитие матки, труб и яичников не искажается. Вследствие нарушения развития наружных половых органов врожденную форму АГС относят к ложному женскому гермафродитизму.

В детском возрасте гиперандрогения приводит к ускорению роста (в первое десятилетие жизни) и созревания костной системы, развитию полового оволосения по мужскому типу. Вследствие раннего созревания костной системы девочки перестают расти раньше обычного и рост их бывает невысоким при значительном развитии мускулатуры (плечевой пояс широкий, таз узкий).

В связи с повышением андрогенов вторичные половые признаки не развиваются, рано (с 3—4 лет) начинается оволосение лобка и подмышечных впадин, с 8—10 лет появляются волосы на лице (верхней губе и в области рта, бакенбарды). Если не проводить лечение, менструальная функция не возникает. Таким образом, происходит процесс преждевременного полового развития гетеросексуального типа.

Диагностика врожденного АГС у девочек основана на данных анамнеза, осмотра, антропометрии, ознакомления со строением наружных половых органов. Важное значение имеет определение 17-кетостероидов, экскреция которых в 5—10 раз превышает возрастную норму. По показаниям применяют рентгенологические методы исследования: гинекографию (определяются матка и яичники), рентгенографию надпочечников на фоне пневмоперитонеума (надпочечники увеличены, но форма их не изменена). Данный метод применяется для дифференциальной диагностики между гиперплазией надпочечников, присущей АГС, и омужествляющей опухолью (увеличен один надпочечник, форма его неправильная). Дифференциально-диагностическое значение имеет и проба с преднизолоном. При АГС введение преднизолона в течение 5—6 дней вызывает снижение экскреции 17-кетостероидов до уровня, присущего возрасту девочки, при опухолях экскреция 17-кетостероидов не уменьшается.

Лечение врожденного АГС состоит в применении преднизолона, производных кортизона или дексаметазона, которые подавляют выделение АГТГ, что способствует уменьшению синтеза андрогенов. Лечение начинается непосредственно после установления диагноза; дозы препаратов дложны соответствовать возрасту девочки (3—6 лет — 2,5—5 мг, 7—11 лет — 5—7 мг, 12—15 лет — 7—10 мг в сутки); их действие контролируется периодическим исследованием экскреции 17-кетостероидов.

Своевременно начатое лечение (до 7—8 лет) подавляет вирилизацию, нормализует процессы роста и формирования телосложения, в дальнейшем возникает менструальная функция. После 10 лет эффект маскулинизации закрепляется настолько, что лечение не дает ожидаемого эффек-





Рис. 52. Пубертатная форма адрено-генитального синдрома.
а — рост волос на лице; *б* — гипертрофия клитора.

та. Учитывая врожденный характер патологии, поддерживающие дозы преднизолона (дексаметазон и др.) применяются постоянно.

Терапия врожденного АГС включает также применение хирургической коррекции наружных половых органов (ампутация клитора, рассечение наружной стенки уро-генитального синуса, формирование входа во влагалище).

Пубертатная форма АГС. Причиной возникновения данной патологии также является дефицит C_{21}-гидроксилазы. Однако в отличие от врожденной формы АГС дефицит указанного фермента выражен в меньшей степени и проявляется в период полового созревания, когда

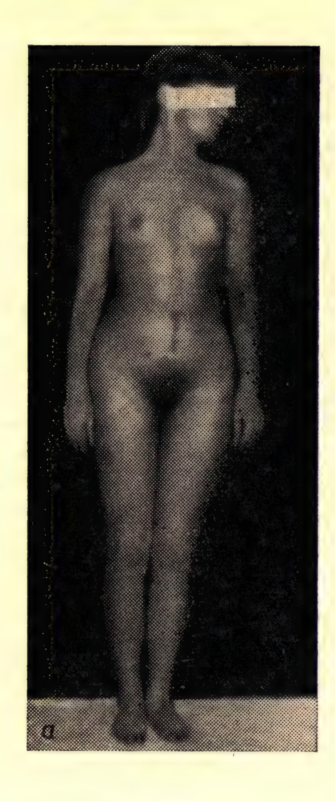
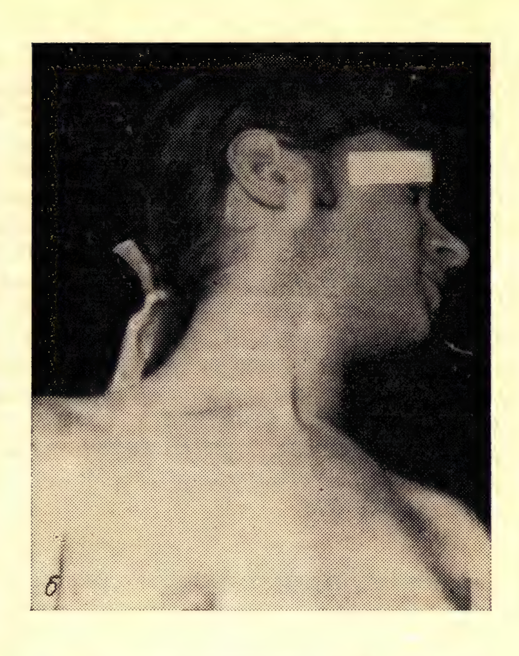



Рис. 53. Адрено-генитальный синдром. Постпубертатная форма.
а — рост волос на лобке по мужскому типу; *б* — рост волос на лице.

происходит физиологическое усиление эндокринной функции надпочечников. Гиперандрогения при данной форме АГС выражена меньше, чем при врожденной, что определяет особенности клинической картины. На клиническое проявление данной патологии влияет также более позднее проявление нарушения стероидогенеза в надпочечниках.

При данной форме АГС гипертрихоз выражен умеренно. Рост волос на лице (рис. 52, *а*), ногах, вокруг сосков, оволосение скудное, на лобке — по мужскому типу (рис. 52, *б*). Молочные железы развиваются медленно, нормальная менструальная функция не устанавливается (гипоменструальный синдром). Грубых изменений в телосложении не бывает, но отмечается сужение таза и увеличение ширины плеч. Отмечается гипертрофия клитора; других аномалий наружных половых органов нет. Характерно наличие acnae vulgaris на лице, спине и груди.

Постпубертатная форма АГС (рис. 53). Характеризуется тем, что дефицит фермента C_{21}-гидроксилазы и нарушение стероидогенеза в надпочечниках (гиперандрогения) проявляются после завершения процессов полового и физического созревания, в возрасте 17—20 лет и старше. Поэтому действие избыточного содержания андрогенов выражается в виде постепенно усиливающегося гипертрихоза (рост волос на лице, околососковых кружках, ногах) и небольшой гипертрофии клитора. Менструальные циклы ановуляторные, менструации редкие, скудные (гипоменструальный синдром), нередко наступает спаниоменорея или аменорея, характерно бесплодие.

Распознавание пубертатной и постпубертатной форм АГС производится на основании данных анамнеза, осмотра, применения исследова-

ния половой системы и функции надпочечников. При необходимости исключить наличие вирилизирующей опухоли надпочечников применяют рентгенологическое исследование и пробу с преднизолоном (при наличии опухоли экскреция 17-кетостероидов не снижается).

В некоторых случаях небходимо длительное исследование (рентгенологическое исследование половой системы, комбинированные пробы для выяснения гиперандрогении надпочечникового или яичникового происхождения), чтобы провести дифференциальный диагноз между постпубертатной формой АГС и синдромом склерокистозных яичников.

Лечение пубертатной и постпубертатной форм АГС состоит в применении преднизолона (дексаметазон и др.). Длительное применение глюкокортикоидов способствует уменьшению выделения АКТГ гипофизом, что снижает синтез андрогенов в надпочечниках. Для регуляции функции яичников применяются малые дозы (2,5—5 мг в день, не более 10 мг) преднизолона. При систематическом и правильном лечении возможно не только восстановление менструальной функции, но и наступление беременности.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

После родов, осложненных большой кровопотерей, коллапсом, септическим процессом, бактериальным шоком, тяжелым токсикозом, нередко (у 15—40% женщин) развиваются нейроэндокринные нарушения, проявляющиеся в различной форме.

К возникновению указанных нарушений предрасполагают хронические инфекционные заболевания, длительное напряжение нервной системы, недостаточность центров, регулирующих менструальную и репродуктивную функции. Причиной недостаточности центральной регуляции указанных функций могут быть заболевания и другие неблагоприятные факторы, влиявшие на организм в детском возрасте и в период полового созревания.

Различают следующие виды послеродовых нейроэндокринных заболеваний: 1) послеродовая недостаточность гипоталамо-гипофизарной системы (синдром Шихана); 2) нейроэндрокринный гипоталамический синдром, протекающий по типу болезни Иценко — Кушинга; 3) синдром аменореи — галактореи.

Послеродовая недостаточность гипоталамо-гипофизарной системы. Причиной заболевания является некроз передней доли гипофиза вследствие длительного спазма или тромбоза верхней гипофизарной артерии, возникающего после массивной кровопотери (коллапс) или бактериального шока после родов.

Заболевание возникает вскоре после родов или спустя несколько месяцев (даже лет) и характеризуется постепенным развитием сложного симптомокомплекса: гипоменструальный синдром, переходящий в аменорею, гипотрофия половых органов, похудание, общая слабость, сонливость, повышенная чувствительность к охлаждению, выпадение волос на лобке и в подмышечных впадинах.

Клинические признаки могут быть выражены в различной степени, но у всех больных выявляется недостаточность функций гипофиза, яичников, надпочечников, щитовидной железы. Распознавание основано на учете данных анамнеза, клинической картины, исследования функций желез внутренней секреции.

Лечение: общеукрепляющие средства, полноценное питание с включением витаминов, заместительная терапия гормонами с учетом степени их недостаточности. При резко выраженной недостаточности функции коры надпочечников применяют кортизон (гидрокортизон), а с целью замещения дефицита половых гормонов — эстрогены и прогестерон. Следует помнить, что переохлаждение, перенапряжение, интеркуррентные заболевания могут вызвать усиление гипоталамо-гипофизарной недостаточности.

Нейроэндокринный синдром, протекающий по типу болезни Иценко — Кушинга, характеризуется ожирением, головными болями, гипертензией, изменением формы лица (лунообразное), появлением полос растяжения на коже груди, живота, бедер. Обычно нарушается менструальная функция (дисфункциональные кровотечения, гипоменструальный синдром, аменорея). У некоторых больных появляется небольшой гирсутизм.

Возникновению данного нарушения нередко предшествуют тяжелые токсикозы беременности, не исчезающие перед родами.

Лечение проводится с учетом степени нарушения функции желез внутренней секреции, нервной системы и обмена веществ.

Схема лечения: белковая диета с ограничением поваренной соли и воды, витамины, синтетические прогестины (несколько курсов), диуретические и седативные средства по показаниям.

Синдром послеродовой аменореи — галактореи обусловлен угнетением функции гипоталамо-гипофизарной системы. Реже причиной указанного нарушения являются опухоли гипофиза или гипоталамуса, поэтому необходимо исключить опухоль (неврологическое обследование, краниография) и после этого назначить лечение: эстрогены по 1 мг в течение 40—60 дней, эндоназальный электрофорез витамина B_6.

ГЛАВА V

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Воспалительные заболевания женских половых органов выявляются у 60—65% гинекологических больных, обращающихся в женские консультации.

Причины воспалительных процессов половых органов у женщин можно разделить на экзогенные и эндогенные.

К непосредственным экзогенным причинам воспаления относятся: инфекционные агенты (бактерии и их токсины, вирусы, паразитарные инвазии), механические (ушиб, ранение), термические и химические факторы. Важнейшее значение среди причин имеют инфекционные агенты.

Механические, термические и химические причины воспаления половых органов встречаются редко. Возникновение воспалительного процесса может быть связано как с неблагоприятными бытовыми условиями, так и с нарушениями правил гигиены труда на промышленных производствах.

Среди возбудителей инфекции у женщин важнейшее значение имеют стафилококк, гонококк, кишечная палочка, микобактерии туберкулеза, стрептококк, вирусы, а также микробные ассоциации. Изредка воспалительный процесс возникает в связи с внедрением эхинококка, лучистого гриба, гриба молочницы, палочки дифтерии, бледной спирохеты.

К эндогенным причинам, способствующим возникновению воспаления, относятся некроз ткани, тромбоз, обширное кровоизлияние. Подобные осложнения нередко возникают при росте опухолей (например, миом, кистом).

Воспаление — сложная рефлекторная реакция организма на действие вредных агентов. В начале развития воспаления наступают выраженные нарушения метаболического равновесия в тканях — так называемая первичная воспалитлеьная реакция. Наиболее ранними проявлениями ее служат нарушения поверхностных клеточных и плазматических мембран, изменение их проницаемости и транспорта электролитов, нарушение ионного баланса. Возникают также нарушения в митохондриях с их ферментативными системами, страдает тканевое дыхание, снижается окислительно-восстановительный потенциал. Несколько позднее возникает комплекс функциональных и структурных сосудисто-тканевых изменений. Эти изменения характеризуются тремя тесно связанными между собой и одновременно протекающими явлениями: тканевой дистрофией (альтерация), расстройством кровообращения и микроциркуляции в воспаленной ткани с экссудацией жидкости и миграцией нейтрофильных лейкоцитов,

моноцитов и лимфоцитов, а также размножением клеточных элементов (пролиферация). Таким образом, при воспалении возникают процессы как нарушения жизнедеятельности организма, так и защиты и восстановления нарушенных функций.

Возникновение и развитие воспаления половой системы женщины зависят от реактивных свойств организма, возраста, общего состояния здоровья к началу заболевания, места возникновения процесса, анатомо-физиологических особенностей пораженных отделов половой системы и условий, в которых протекает воспаление. Так, течение и развитие воспалительного процесса имеют свои особенности у детей, стариков, лиц, ослабленных вследствие анемии, общих инфекционных заболеваний, авитаминозов и других нарушений питания и т. д.

Воспаление оказывает влияние на состояние реактивности всего организма. Так, развитие воспаления вызывает у человека лихорадку, лейкоцитоз и другие изменения реактивности, сопровождающиеся напряжением гипоталамо-гипофизарной надпочечниковой системы. Они не носят специфического характера, но оказывают определенное влияние на развитие местных и общих реакций организма и, следовательно, на течение воспалительного процесса.

В развитии воспалительного процесса различают три стадии: острую, подострую и хроническую, однако четкое разделение подострой и хронической стадий представляется нередко затруднительным.

Исход воспаления половых органов может быть следующим: 1) полное выздоровление; 2) неполное восстановление анатомии и функции органов, образование рубцов; 3) переход в хроническую форму; 4) гибель ткани органов, а иногда и смерть больной. При клинически «полном» выздоровлении организм не возвращается к прежнему состоянию до болезни, в нем возникают новые процессы жизнедеятельности и регуляции функций (например, выработка антител, усиление фагоцитарной активности лейкоцитов, и выделительных процессов). Таким образом, прежний термин «restitutio ad integrum» (восстановление к целому, невредимому) не отражает действительного состояния огранизма после воспалительного процесса. Изучение воспалительных заболеваний половых органов женщин позволяет не только научно обосновать их диагностику и терапию, но и разработать рациональные меры общественной и индивидуальной профилактики.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И НЕВРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НИЖНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ВОСПАЛЕНИЕ ВУЛЬВЫ

Термином «вульва» (син.: partes genitales externae, pudendum femininum) определяют наружные половые органы женщины, расположенные книзу от мочеполовой диафрагмы (diaphragma urogenitale), замыкающей передний отдел выхода малого таза.

К вульве относятся: лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, его железы и луковица, а также девственная плева.

В вульве отмечается ряд возрастных изменений. Так, у плода женского пола большие половые губы не прикрывают клитора и малых половых губ; у новорожденных детей и половозрелых женщин они закрыва-

ют эти образования. В старческом возрасте отмечается атрофия вульвы. В функциональном отношении вульва является преимущественно органом полового чувства, а внутренние половые органы (за исключением влагалища) служат для размножения.

Воспалительные процессы вульвы называют **вульвитами**. В возникновении вульвитов имеют большое значение следующие факторы: а) функциональные особенности (постоянная влажность из-за смачивания выделениями); б) анатомические особенности (богатство сосудами и нервами, обилие складок, нежность покровов); в) наличие значительной микрофлоры.

Различают вульвиты, дерматозы и язвы вульвы.

Причины вульвитов весьма разнообразны: 1) общие заболевания (например, сахарный диабет); 2) инфекционные агенты (гноеродные микробы, гонококки, грибы молочницы, палочка дифтерии, микобактерии туберкулеза); 3) механические, термические и химические факторы.

В большинстве случаев вульвит не является первичным заболеванием и возникает вторично вследствие раздражения наружных половых органов патологическими выделениями из влагалища и шейки матки при их воспалении, нарушении эпителиального покрова, непрерывном истечении мочи. Все это способствует размножению и проникновению гноеродных микробов (стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, пневмококки) в глубжележащие ткани. Неспецифический вульгарный вульвит может возникать также вследствие мастурбации, гельминтозов (остриц, особенно у девочек), кишечных и мочеполовых свищей, распада злокачественной опухоли, цистита, спринцевания влагалища концентрированными растворами антисептических средств (лизоформ, сулема) или чрезмерно высокой температурой раствора, раздражения производственной пылью, применения антибиотиков.

Клинически различают острый и хронический вульвит. При остром вульвите жалобы больных в большинстве случаев весьма характерны: ощущение жжения в области наружных половых органов, болезненность, усиливающаяся при ходьбе, мочеиспускании, чрезмерная влажность. Зуд является первым и весьма характерным симптомом вульвита, возникающего при сахарном диабете. При последнем заболевании очень часто возникает грибковое (monilia albicans) поражение влагалища.

При хроническом вульвите отмечается лишь пятнистая недиффузная гиперемия, а красные пятна видны на внутренней поверхности половых губ, девственной плеве.

Внутренняя поверхность малых половых губ нередко представляется шероховатой, как бы усеянной очень мелкими бородавочками (не смешивать с остроконечными кондиломами); эти узелки желтоватого цвета являются увеличенными сальными железами. Клитор отечен и гиперемирован. Малые губы иногда гипертрофированы.

Диагноз вульвита основывается прежде всего на данных анамнеза (профессия, условия быта, указание на мастурбацию, спринцевание влагалища, применение антибиотиков), анализе жалоб больной и общем ее обследовании (заболевание сахарным диабетом, гельминтозом).

При гинекологическом исследовании выявляют указанные выше характерные для острого и хронического вульвита изменения. При вульвите у больных сахарным диабетом обращает на себя внимание ярко-красная или малинового цвета окраска наружных половых органов. После осмотра производят бактериоскопическое и, при необходимости, бактериологическое исследование отделяемого.

Лечение направлено прежде всего на устранение общих заболеваний (сахарный диабет, гельминтозы, дифтерия, гонорея), укрепление общего состояния (противоанемическое лечение, рациональное питание, включая введение витаминов), устранение механических, термических, химических вредных агентов. Далее необходимо ликвидировать гинекологическое заболевание, сопутствующее вульвиту (фистулы, опухоли). В острой стадии заболевания назначают постельный режим, воздержание от половой жизни. Наружные половые органы следует обмывать 2—3 раза в день теплым (37—38°С) раствором перманганата калия (1 столовая ложка 2% раствора на 5 стаканов теплой кипяченой воды), настоем ромашки, 2—3% раствором борной кислоты. Показаны также теплые сидячие ванны с перманганатом калия (1 г на 10 л воды). При жалобах на зуд назначают бром, валериану, смазывание вульвы 5% анестезиновой мазью.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВУЛЬВЫ

К заболеваниям вульвы относятся также дерматомикозы (см. раздел о кольпитах) и инфекционные дерматозы.

К инфекционным дерматозам относятся фолликулиты вульвы — воспаление волосяного мешочка на почве стафилококковой инфекции, фурункулез и пемфигус. Эти заболевания описываются в учебниках по дерматологии.

О туберкулезе вульвы см. «Туберкулез женских половых органов».

Сифилитические язвы вульвы встречаются (во всех видах и формах) в настоящее время редко. Первичная сифилома (syphiloma promarium) или твердый шанкр (ulcus durum) вульвы возникает через 3 нед после заражения. Сформировавшийся шанкр имеет округлую или овальную форму и размер от чечевицы до 10—15-копеечной монеты. Края шанкра покато опускаются по дну; дно гладкое, блестящее, красное, как сырое мясо, или грязно-серое. Особенно характерна резко отграниченная хрящевая плотность. Увеличение и плотность паховых узлов — постоянный спутник твердого шанкра. Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, характерного вида шанкра, бактериологического исследования. Лечение специфическое, противосифилитическое.

Во вторичном периоде сифилиса в 70—80% случаев на наружных половых органах возникает папулезный сифилид (syphilis papulosa) в форме мокнущих папул. При хроническом раздражении на поверхности папулы появляются влажные сосочковые разрастания — образуются широкие кондиломы (condylomata lata). В отличие от остроконечных кондилом они имеют широкое основание, плотны, не разделяются на дольки.

Лечение специфическое. Появление бугорковых сифилидов или гумм как признака третичного периода сифилиса на наружных половых органах исключительно редко.

ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КОНДИЛОМЫ (CONDYLOMATA ACUMINATA)

Кондиломы имеют вид узелков, расположенных на длинной ножке; каждый узелок состоит из нескольких долек (рис. 54). Это доброкачественное образование кожи инфекционной природы, в основе которого лежит пролиферация эпидермиса (акантоз, гиперкератоз) и подлежащего

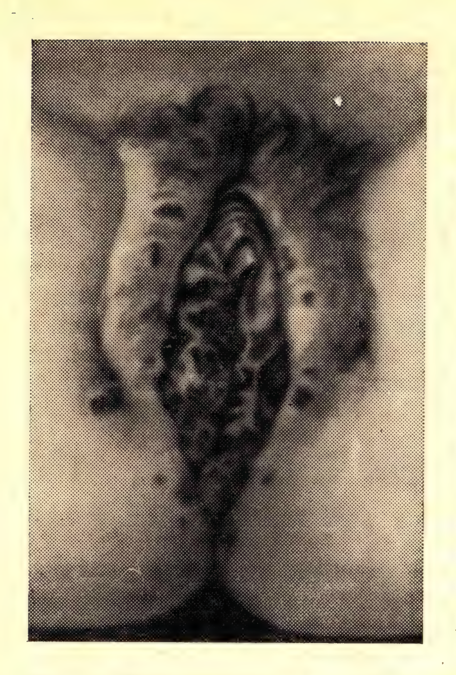


Рис. 54. Остроконечные кондиломы.

сосочкового слоя дермы (папилломатоз) (рис. 55). Множественное образование кондилом по всей поверхности вульвы иногда напоминает по внешнему виду (при тесном соприкосновении отдельных узелков) петушиный гребень или цветную капусту. Присоединение септической инфекции обусловливает некроз отдельных узлов, появление обильного гнойного отделяемого с резким неприятным запахом. Кондиломы бывают на наружных половых органах, промежности, в окружности заднепроходного отверстия, иногда во влагалище, на шейке матки. Развитию кандилом способствует наличие обильных выделений из половых путей, особенно при беременности. Взгляд на кондиломы как на специфическое проявление гонорейной инфекции неправилен. Причиной образования кондилом является фильтрующийся вирус. Важно уметь отличить остроконечные кондиломы от широких кондилом сифилитического происхождения (проявление вторичного сифилиса) (рис. 56).

При наличии небольших кондилом их присыпают, предварительно смазав вазелином здоровые участки кожи, резорцином с борной кислотой (поровну), порошком сабины пополам с квасцами или смазывают 25% рас-

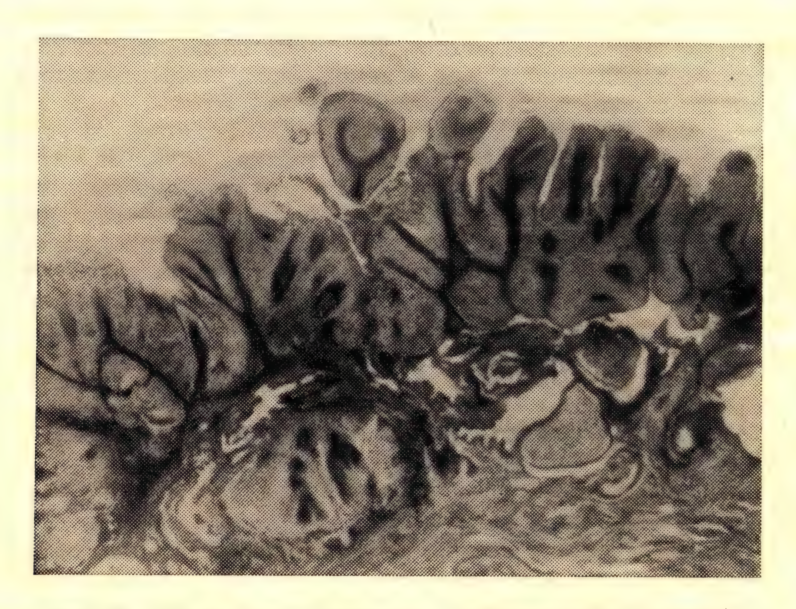


Рис. 55. Остроконечные кондиломы. Гистологическое строение.

твором йодифиллинового спирта[1]. При большом количестве кондилом производят электрокоагуляцию или оперативное удаление (обязательна анастезия!). Воспаление больших вестибулярных желез (бартолинит) см. в разделе «Гонорея».



Рис. 56. Широкие кондиломы.

ВУЛЬВОВАГИНИТ

Вульвовагиниты наблюдаются преимущественно у девочек и в старческом возрасте; реже они возникают у взрослых женщин (преимущественно микотические). Это объясняется в известной мере биологическими особенностями влагалища (способность к самоочищению) и гормональной функцией половых желез. Развитию вульвовагинитов у детей способствуют общие заболевания, острые инфекционные болезни (корь, скарлатина, дифтерия), эндокринные расстройства, экссудативный катаральный диатез, нарушения питания (гипо- и авитаминозы, переедание), хронические заболевания носоглотки, применение антибиотиков.

Вульвовагиниты у девочек можно разделить на 4 группы: бактериальные, микотические, трихомонадные и вирусные. Основную группу (по данным Всесоюзного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии) составляют бактериальные вульвовагиниты, вызванные стрептококком, стафилококком, кишечной палочкой (91,4%); значительно реже наблюдаются микотические (5,6%) и трихомонадные (3%) вульвовагиниты. Бактериальные вульвовагиниты не имеют специфического возбудителя, характеризуются длительным и упорным течением, тенденцией к повторным обострениям и рецидивам. Наиболее часто подобное заболевание возникает у девочек 3—8 лет, страдающих хроническим тонзиллитом, гайморитом, катаром верхних дыхательных путей, гриппом, острыми инфекционными заболеваниями. Для бактериального вульвовагинита характерно незаметное начало, слабовыраженные явления воспалительного процесса. При осмотре наружных половых органов отмечается умеренная гиперемия кожного покрова и слизистой оболочки вульвы, малых половых губ; выделения скудные, часто гнойного характера. Диагноз устанавливается на основании комплексного клинико-лабораторного обследования организма, исследования порционно собранной мочи при соблюдении тщательного туалета наружных половых органов ребенка, а также отделяемого влагалища. Большая лейкоцитурия и повышение числа «активных» лейкоцитов в первой порции мочи указывают на наличие воспалительного процесса влагалища или вульвы.

---

[1] В настоящее время предложена криокоагуляция для удаления одиночных кондилом.

Л е ч е н и е направлено прежде всего на повышение сопротивляемости организма (санация болезненных очагов в носоглотке, лечение кариозных зубов, закаливание организма). Местно производят спринцевание влагалища настоем ромашки, 1% раствором танина, раствором риванола 1 : 1000. При рецидивирующем тяжелом течении вульвовагинита у девочек 6—8 лет эффективно применение (после соответствующего гигиенического туалета) мази следующего состава: Folliculini 5000 ЕД, Lanolini 30,0. Мазь применяют ежедневно в течение 10—30 дней. Целесообразно также введение во влагалище (после спринцевания) палочек следующего состава:

Rp.: Ac. borici 0,05
Folliculini 250 ЕД
Norsulfasoli 0,5
Butyri cacao 1,5
Streptocidi albi 0,5
D. S. Палочки вводят 5—7 раз с перерывом в 2—3 дня

Физиотерпия неспецифического бактериального вагинита заключается в общем ультрафиолетовом облучении, облучении коротковолновыми ультрафиолетовыми лучами небных миндалин и задней стенки глотки (при наличии заболевания) и наружных половых органов девочки последовательно в один и тот же день. Во время облучения вульвы следует воздержаться от применения мазей на жировой основе, чтобы не затормозить желаемые фотохимические процессы. С целью профилактики рецидивов вульвовагинита целесообразно направление девочки после консультации с педиатром на климатический курорт (Анапа, Евпатория, Бердянск, Пярну).

Нередко вульвовагинит у девочек вызывается острицами. Проникая во влагалище, они вызывают явления кольпита и способствуют занесению патогенной флоры (кишечная палочка, энтерококк). Для выявления остриц производят соскоб отделяемого со складок кожи промежности. Лечение состоит из противоглистной терапии (пиперазин) и местного лечения вульвовагинита. В целях механического удаления остриц применяют очистительные клизмы из воды или 2% раствора бикарбоната натрия (1—2 чайной ложки на стакан воды). После очищения кишечника проводят туалет наружных половых органов; область заднего прохода смазывают ртутной мазью. При сильном зуде назначают 3—5% мазь с анестезином. Вульвовагиниты, связанные с занесением инородного тела во влагалище, характеризуются выраженными воспалительными явлениями, обильным гнойным отделяемым, часто с примесью крови, ихорозным запахом; иногда образуются пролежни на стенке влагалища. Для уточнения диагноза производят вагиноскопию. Очень важна дифференциальная диагностика со злокачественной опухолью — саркомой. Инородное тело удаляют щипцами, пинцетом, ложечкой Фолькмана. После удаления его в течение нескольких дней производят спринцевания влагалища 3% раствором перекиси водорода, 2—4% раствором фурацилина.

Микотические вульвовагиниты, вызванные в основном дрожжевыми грибами рода Candida, возникают в основном у девочек с пониженной сопротивляемостью организма при гипо- и авитаминозе (недостаток витаминов группы В), лечении антибиотиками. Симптомы заболевания: зуд (особенно в ночное время) в области наружных половых органов, белые густой консистенции «творожистые» выделения. Диагноз устанавливается на основании обнаружения в отделяемом влагалища дрожжевых клеток, спор и мицелий гриба. Одновременно необходимо исследовать мочу и

кровь на сахар, так как заболевание диабетом способствует возникновению микотического вульвовагинита. Лечение заключается в назначении нистатина (по 1 таблетке, 250 000—500 000 ЕД, 2—4 раза в день в течение 10 дней), местных процедур, диеты. Местное лечение заключается в назначении влагалищных спринцеваний 2—5% раствором бикарбоната натрия, после спринцевания во влагалище вводят через катетер 20% раствор бороглицерина или 4% раствор метиленового синего. Из диеты исключают продукты, богатые углеводами (хлеб, сахар, картофель) и увеличивают потребление белковых продуктов (мясо, молоко, яйца). Излечение устанавливается при отсутствии в мазках и посевах из влагалища дрожжеподобных клеток.

Трихомонадный вульвовагинит (см. с. 128). Вирусный вульвовагинит встречается редко; он может наблюдаться во время заболевания ветряной оспой, корью, краснухой, после оспопрививания. Заболевание проходит после ликвидации инфекции. При оспенном вульвовагините смазывают вульву маслом, ланолином.

Вульвовагиниты у взрослых обычно являются простыми (или вульгарными) и вызываются различными микробами или грибами. Клинические признаки, диагностика и лечение описаны в разделе *«Вульвовагинит»*, а также *(«Кольпит»)*.

Вульвовагинит старческий (vulvovaginitis senilis) см. в разделе *«Кольпит»*.

ЗУД ВУЛЬВЫ

Зуд вульвы (pruritus vulvae) может быть осложнением: а) воспалительных заболеваний вульвы и влагалища (бактериального, грибкового происхождения, трихомониаза и другой этиологии), глистной инвазии, наличия паразитов; б) термических (переохлаждение), химических, механических факторов; в) нарушения правил гигиены; г) общих заболеваний (сахарный диабет, гепатит, сопровождающийся желтухой, хронический нефрит, лейкемия, гипотиреоидизм); д) аллергии к лекарственным веществам (опий, бром, мышьяк, фосфор, антипирин, сульфаниламидные препараты, антибиотики); е) лейкоплакии; ж) неврогенного происхождения.

Местные изменения в виде покраснения, отека, повышенной влажности поверхности вульвы обнаруживаются при наличии вульвита (вульвовагинита) той или иной этиологии; в дальнейшем при отсутствии лечения могут возникнуть ссадины, трещины, даже язвенные поражения с резко воспалительной реакцией. При неврогенном зуде вульвы вначале не обнаруживают никаких местных нарушений; в дальнейшем могут образоваться ссадины вследствие расчесов и значительные воспалительные изменения.

Диагноз основывается на данных анамнеза, тщательном общем и гинекологическом исследовании (помнить о лейкоплакии, см. с. 236), а также лабораторных данных (в первую очередь исследование крови и мочи на сахар).

Л е ч е н и е при выявлении гинекологического или общего заболевания заключается в терапии основного заболевания. Лечение неврогенного зуда представляет большие трудности. Целесообразны психотерапия, гипноз, назначение брома, местно преднизолоновая мазь (0,5%). В тяжелых случаях прибегают к блокаде срамных нервов 0,25% раствором новокаина, 90% спиртом (по 9 мл) и крайне редко — резекции срамных нервов; блокада нервов может дать положительный эффект на несколько месяцев.

ВОСПАЛЕНИЕ ВЛАГАЛИЩА, ШЕЙКИ МАТКИ

Влагалище соединяет наружные половые органы с маткой и составляет часть родового канала, через влагалище выделяется менструальная кровь.

Воспаление влагалища имеет некоторые особенности в зависимости от общего состояния и возраста больной.

КОЛЬПИТ (ВАГИНИТ)

Развитию вагинита (кольпита) у женщин способствуют общие заболевания, ослабляющие организм, упадок питания, резкая гипоплазия половых органов, кастрация, преждевременный климакс, старость, нарушение правил гигиены в быту или на производстве (в химической и табачной промышленности), длительный прием антибиотиков.

Непосредственные причины кольпита также весьма разнообразны: трихомонадная инвазия, септическая инфекция ран, пролежней, гонококки (у взрослых в виде исключения).

Симптомы заболевания — гнойные, слизисто-гнойные бели, чувство тяжести внизу живота, при развитии вторичного вульвита — зуд наружных половых органов.

При осмотре влагалища обнаруживают диффузное покраснение слизистой оболочки и скопление гноя между ее складками. Иногда на поверхности гиперемированной слизистой оболочки видны небольшие узелки.

При микроскопическом исследовании этих участков обнаруживают, что они лишены эпителиального покрова (эрозированы) и представляют собой небольшие инфильтраты. В остальных участках влагалищной стенки находят подэпителиальные инфильтраты; лейкоциты инфильтрируют и эпителиальный слой стенки влагалища. Изредка на ней обнаруживают одиночные или расположенные группами небольшие пузырьки, содержащие газ (colpitis emphysematosa). Одни авторы считают эту форму вагинита поверхностной анаэробной инфекцией, другие оспаривают это положение.

Особая клиническая форма кольпита грибковый кольпит, являющийся одной из форм кандидамикоза.

Это заболевание возникает изредка у взрослых как проявление суперинфекции при длительном нерациональном лечении антибиотиками, как осложнение тяжелых заболеваний (туберкулез, тифы, кахексия при злокачественных опухолях).

Клинически молочница проявляется зудом и жжением во влагалище, появлением из него белых выделений. Вначале появляется гиперемия, затем отек слизистой оболочки; при осмотре обнаруживаются белые точечные высыпания величиной с булавочную головку или просяное зерно, затем появляются белые бляшки, которые при отсутствии лечения сливаются в сплошной белый налет. При попытке удаления бляшек возникает кровотечение.

Нередко встречается старческий кольпит (colpitis senilis). Клинические симптомы его весьма характерны: они возникают на фоне изменений влагалища, свойственных этому возрасту; стенки влагалища и своды его сморщиваются и атрофируются; влагалище становится неподатливым и легко травмируется. В результате этих изменений возникают участки

кровоизлияний, лишенные эпителиального покрова. При инфицировании влагалища гноеродными микробами появляются обильные гнойные бели, иногда с примесью крови (подозрение на рак!), раневая поверхность влагалища покрыта серо-грязным налетом. Серьезное осложнение старческого вагинита — заращение влагалища и шейки матки с последующим образованием пиометры (скопление гноя в матке).

Диагноз кольпита не представляет трудностей. Однако этиология воспаления может быть правильно распознана лишь при оценке общего состояния больной, ее профессии, бытовых условий и обязательно при бактериоскопическом, а иногда бактериологическом исследовании выделений.

При молочнице под микроскопом видна густая сеть тонких нитей и много круглых спор сильно преломляющих свет.

Необходимо провести общее лечение и исключить факторы, обусловливающие развитие кольпита (устранение фистулы, отмена антибиотиков, лечение дифтерии, молочницы и т. п.). Местное лечение заключается в гигиенических подмываниях наружных половых органов и спринцеваниях с перманганатом калия, молочной кислотой, настоем ромашки.

При грибковом кольпите у взрослых назначают нистатин (500 000—1 000 000 ЕД в день), производят смазывание стенок влагалища 10—20% раствором буры в глицерине.

Туберкулез влагалища с образованием язвы см. в разделе *«Туберкулез»*.

Первичный сифилитический аффект — твердый шанкр влагалища — наблюдается очень редко.

При старческом кольпите применяют смазывание стенок влагалища перекисью водорода. Кроме того, необходимо тщательно контролировать состояние влагалищных стенок и шейки матки, чтобы предотвратить стеноз и атрезию влагалища, матки и образование пиометры.

Профилактика кольпита состоит в тщательном соблюдении правил гигиены на производстве и в быту.

ВАГИНИЗМ

Вагинизм — неврогенное заболевание, при котором половая жизнь становится невозможной ввиду судорожного сокращения mm. bulbospongiosus, levator ani, adductores femoris и мышц передней брюшной стенки.

Подобное сокращение мышц может возникать и при попытке гинекологического исследования. К растройствам половой жизни относится также невозможность ее вследствие пороков развития, болезненности, нарушения в форме половой холодности или неполучения удовлетворения. Вагинизм может возникнуть при воспалительном процессе вульвы, влагалища, после грубых попыток полового сношения, при импотенции у мужа. Диагноз основывается на данных анамнеза и специального исследования.

Л е ч е н и е. При наличии кольпита, вульвита показана соответствующая терапия. При неврогенном происхождении вагинизма необходимо побеседовать с мужем, рекомендовать ему временное воздержание от половой жизни, бережное отношение к жене при половых сношениях, лечение импотенции; хорошие результаты при вагинизме дают психотерапия и гипноз.

ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ТРИХОМОНИАЗ

Среди заболеваний женских половых органов, обусловленных простейшими, наиболее часто встречается трихомониаз. Возникает он в результате проникновения в половые и мочевые пути женщины влагалищной трихомонады. Трихомонада влагалищная (Trichomonas vaginalis) относится к классу жгутиковых. Второй вид трихомонад (Trichomonas intestinalis hominis) находится в основном в толстом кишечнике, третий (Trichomonas buccalis) — в полости рта.

Влагалищная трихомонада достигает в длину от 7 до 30 мкм, имеет грушевидную форму; в передней части расположены ядро с ядрышком и блефаробласт, состоящий из 4 гранул.

Сквозь все тело простейшего проходит его скелет — аксостиль, выходящий из тела клетки в виде острия. Из проксимальной гранулы блефаробласта исходят 4 жгутика, длина которых почти равна длине простейшего. По одной стороне трихомонады имеется ундулирующая мембрана, которая представляет собой, вероятно, удвоение оболочки, наполненное протоплазмой. Эта мембрана достигает только половины или дистальной трети простейшего (рис. 57). При электронно-микроскопическом исследовании ультратонких срезов влагалищных трихономад кроме указанных выше составных элементов структуры выявлены парабазальный аппарат, лизосомы, рибосомы, пищеварительные вакуоли, пузырьки (рис. 58); митохондрий не обнаружено. Питание трихомонад происходит путем эндосмоса, фагоцитоза, включая и захватывание микроорганизмов; не исключено наличие цистомы. Размножение происходит путем деления пополам и множественного деления. Оптимальные условия развития трихомонады: pH среды 5,9—6,5, температура 35—37°С. Быстро гибнет при температуре свыше 40°С, высушивании, в гипо- и гипертонических растворах. Trichomonas vaginalis является самостоятельным видом жгутиковых трихомонад и не имеет ничего общего (кроме филогенеза) с трихомонадами из кишечника и ротовой полости.

Вопрос о патогенности влагалищных трихомонад для человека в настоящее время следует считать решенным; они безусловно являются патогенными.

Влагалищные трихомонады, как правило, попадают в мочеполовые органы женщины половым путем при наличии трихомонад в уретре у мужчины.

Заболевание трихомониазом возникает при внедрении возбудителя в организм и наличии соответствующих условий: сопутствующих заболеваний гипо- или авитаминоза, местных изменений во влагалище. Внеполовое заражение возможно лишь в исключительных случаях. Заболевание новорожденной может произойти во время родов от больной роженицы. Мнение о возможности заражения при купании ошибочно.

Инкубационный период продолжается в среднем от 5 до 15 дней. Длительность заболевания может быть очень большой (несколько месяцев и даже лет).

С и м п т о м а т о л о г и я. У больных трихомониазом обычно наиболее ярко выражены симптомы кольпита. Однако необходимо подчеркнуть, что наблюдаются также трихомонадный уретрит, цервицит и, весьма редко, проктит. В острой стадии заболевания больные жалуются на обильные гнойные выделения из влагалища, зуд и жжение, чувство тяжести внизу



Рис. 57. Влагалищная трихомонада.

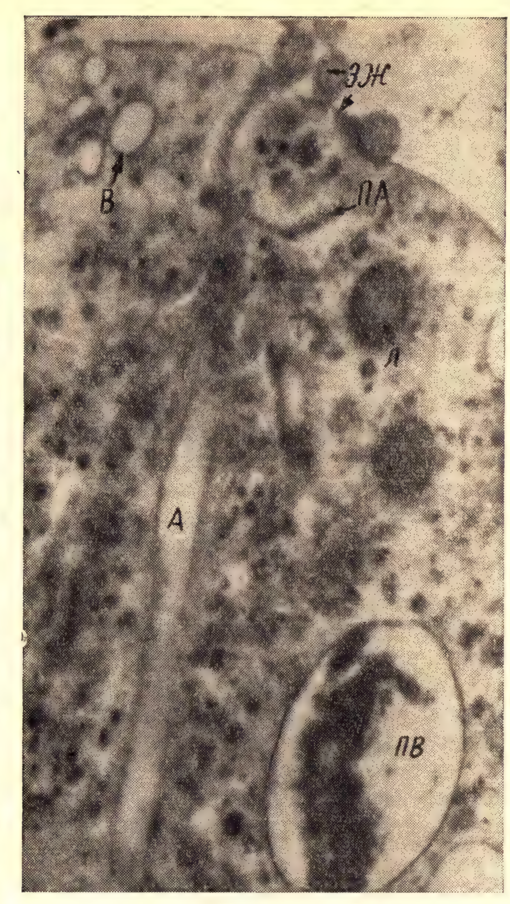


Рис. 58. Ультратонкие срезы влагалищной трихомонады.

ЗЖ — зона жгутиков; ПА — парабазальный аппарат; *А* — акостил; Л — лизосомы; ПВ — пищеварительная вакуоль.

живота. Иногда несколько учащенное, слегка болезненное мочеиспускание. При наличии проктита появляется зуд в области заднепроходного отверстия. При осмотре больной нередко обнаруживают отек наружных половых органов, дерматит в окружности их. Слизистая оболочка влагалища диффузно гиперемирована; выделения обильные, слегка желтоватые, пенистые. Шейка матки может быть также инфицированной; при наличии цервицита из канала шейки матки стекают обильные слизистые гнойные выделения. Если поражена и прямая кишка, то в окружности заднепроходного отверстия может быть небольшое покраснение. Восходящая инфекция (эндометрит) наблюдается редко.

Клиническое течение. Периоды улучшения нередко сменяются обострением клинических симптомов и повторным обнаружением трихомонад. Заболевание нередко принимает хроническое течение. Болезненные симптомы в этой стадии значительно уменьшаются — отмечается лишь некоторое увеличение выделений из влагалища, чувство постоянной влажности в области наружных половых органов.

Диагностика. Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза (уретрит у мужа, длительность заболевания, рецидивы, обнаружение соответствующих симптомов) и объективного исследования. При осмотре необходимо обращать внимание на состояние не только влагалищной стенки, но и уретры, больших вестибулярных желез, крипт, влага-

лищной части шейки матки и, наконец, прямой кишки. Изменения, отмеченные при трихомониазе, описаны выше. Однако надо всегда помнить, что причиной кольпита, уретрита, цервицита могут быть и многочисленные бактерии (в том числе гонококк). Кольпит возникает также при проникновении остриц, гриба молочницы. Поэтому в каждом случае с проявлением кольпита необходимо помнить о полиэтиологичности этого заболевания и производить не только общее и специальное клиническое обследование, но и бактериологическое исследование (с окраской мазков по Граму) секрета шейки матки, содержимого влагалища и уретры. Для обнаружения трихомонад берут платиновой петлей каплю содержимого из заднего свода влагалища, кладут ее на предметное стекло и, покрыв покровным, немедленно исследуют под микроскопом с сухой системой; исследуют также влагалищный секрет в «висячей капле». Живые трихомонады благодаря энергичному движению обнаруживаются легко. Нахождение трихомонад при отсутствии клинических признаков воспалительного процесса дает основания для диагноза носительства трихомонад. Частота трихомонадоносительства (по данным, полученным при обследовании здоровых людей) варьирует у женщин от 10 до 35%, у мужчин — от 2 до 16%. Обнаружение трихомонад при отсутствии симптомов как у женщин, так и у мужчин является основанием для лечения ввиду опасности передачи инфекции.

Лечение. Терапия трихомониаза складывается из мер общего воздействия (лечение анемии, гипоавитаминоза, аномалий менструального цикла и т. п.), местных процедур и комбинированного лечения. Как и при гонорее, во всех случаях обязательно лечение обоих супругов и других половых контактов. При обнаружении трихомонад в уретре у партнера необходимо подвергнуть его лечению в урологическом кабинете. При этом важно учитывать, что трихомонадный уретрит составляет 4,5—19% негонорейных уретритов у мужчин.

Предложены препараты флажил, клион, трихопол, которые при приеме внутрь действуют на все очаги трихомонад и благодаря этому излечивают заболевание более чем в 90% случаев. Лечение флажилом весьма эффективно. Взрослым флажил (метронидазолтрихопол) назначают внутрь по 250 мг 2 раза в день в течение 7 дней или в первые 4 дня по 250 мг флажила 3 раза в день, последующие 4 дня 2 раза в день по 250 мг. Детям до 5 лет флажил назначают внутрь по 125 мг 3 раза в день (всего 4—5 дней), девочкам старше 10 лет, хорошо развитым, по 250 мг 2 раза в день (всего 4—5 дней).

Клинические симптомы заболевания исчезают в течение 1—3 дней, трихономады — через 6—12 ч. При применении флажила, трихопола могут наблюдаться тошнота, головная боль, сонливость, головокружение, общая слабость, изжога, уртикарная сыпь. Препарат назначают после еды. Противопоказания: нарушение кроветворения, заболевания центральной нервной системы, беременность. Местное лечение необходимо при непереносимости указанных выше препаратов и в упорных случаях трихомониаза. В последнем случае целесообразна комбинированная терапия (флажил и местное лечение).

Местное лечение трихомонадного поражения влагалища и уретры состоит в обмывании наружных половых органов и спринцевании настоем ромашки (2 раза в день). Такой настой приготовляют следующим образом: заваривают 25—30 г ромашки двумя стаканами кипятка; после того как настой постоит в теплом месте 2—3 ч, процеживают его через марлю. Для спринцеваний и подмываний к 2 стаканам настоя ромашки добавля-

ют 4—5 стаканов теплой (температура 37—38°С) кипяченой воды. После спринцевания во влагалище вводят при помощи катетера с баллоном 10 мл 5% раствора осарсола (растворим в растворе двууглекислой соды) или 5 мл 30% раствора альбуцида.

При наличии уретрита промывают уретру раствором перманганата калия (1 : 2000) или нитрата серебра (0,25—0,5%). После промывания в уретру инстиллируют 5% раствор осарсола или 30% раствор альбуцида.

Для лечения трихомонадного кольпита применяют также смесь осарсола с борной кислотой и глюкозой (при этом необходимо помнить об индивидуальной непереносимости осарсола, систематически исследовать мочу, следить за состоянием слизистой оболочки полости рта).

Rp.: Osarsoli
Acidi borici
Glucosae āā 0,25
M. f. p. D. t. d. N 10
S. Присыпка

При трихомонадном кольпите у девочек (что встречается редко) необходимо обследовать родителей и при выявлении трихомониаза подвергнуть их лечению. Девочкам применяют инстилляцию во влагалище 3% водного раствора метиленового синего или ежедневно вводят палочки с осарсолом.

Rp.: Osarsoli
Acidi borici
Glucosae āā 0,25
Butyri cacao q. s. ut fiat bacilli vaginales
longitudine 4 см, crassitudine 0,3 см MDS. Вводить по 1 палочке во влагалище на ночь

На вульву и промежность накладывают кусочки ваты, так как состав палочки, растаяв, вытекает из влагалища.

Контроль излеченности осуществляется в течение 2—3 менструальных циклов путем троекратных исследований на 1—2-й или 3-й день после менструации. Иммунитет после заболевания трихомониазом не образуется.

Предупреждение трихомониаза состоит в борьбе с беспорядочной половой жизнью. При выявлении заболевания необходимо обязательное обследование и лечение обоих супругов.

ЭНДОЦЕРВИЦИТ (ЦЕРВИЦИТ)

Воспаление слизистой оболочки канала шейки матки (endocervicitis) может быть вызвано различными бактериями: стафилококками, стрептококками, гонококками, кишечной палочкой. Способствуют развитию воспаления общие ослабляющие заболевания, а также невосстановленные разрывы шейки во время родов, разрывы промежности, опущение половых органов, химические и термические чрезмерные раздражения (спринцевания, некоторые противозачаточные средства).

В острой стадии эндоцервицита отмечаются гиперемия и отек в окружности ostii uteri, гнойные или слизисто-гнойные выделения из канала шейки матки. При переходе в подострую или хроническую стадию уменьшаются гиперемия и отек, остается только красноватый венчик вокруг ostii uteri; выделения становятся слизисто-гнойными, а затем слизистыми. Общих нарушений ни в острой, ни в подострой стадии, как правило, не воз-

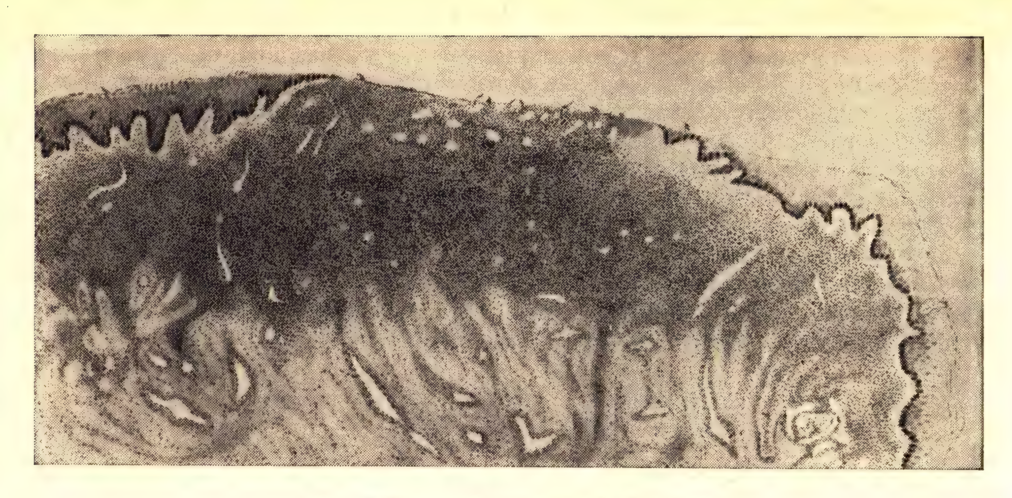


Рис. 59. Истинная эрозия шейки матки.

никает. Очень часто эндоцервицит сочетается с эрозией, наботиевыми яичками (ovula Nabothi) шейки матки.

При распознавании эндоцервицита важны общее состояние больной, данные анамнеза, бактериоскопического и, при необходимости, бактериологического исследования выделений (гонорея!) из канала шейки матки.

Лечение неспецифического острого эндоцервицита направлено прежде всего на улучшение общего состояния больной; кроме того, назначают сульфаниламидные препараты или антибиотики. Местно применяют спринцевания теплым физиологическим раствором поваренной соли или раствором соды (2 столовые ложки двууглекислой соды на 1 л кипяченой воды температуры 38°С).

В хронической стадии эндоцервицита проводят общеукрепляющее лечение; при повышенной секреции из канала шейки матки рекомендуются спринцевания 5% раствором соды; при зиянии канала шейки матки вследствие бывшего разрыва — восстановление ее целости, так называемая операция Эммета. При хроническом эндоцервиците целесообразно также применение гальванофореза цинка (эндоцервикально).

Язвенные поражения влагалищной части шейки матки — твердый и мягкий шанкр, туберкулез шейки — рассматриваются в главе VI «Туберкулез женских половых органов».

ЭРОЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ

Эрозия (от лат. erodere — разъедаю) — повреждение эпителиального покрова или слизистой оболочки. Эрозия шейки матки может возникать вследствие различных причин: воспалительного процесса (эндоцервицит), дисгормоноза, дистрофических изменений в эпителии, врожденных особенностей (erosio congenita). Различают истинную эрозию (erosio vera) и эрозию в стадии заживления (pseudoerosia). При истинной эрозии шейки матки на влагалищной части шейки, обычно покрытой многослойным плоским эпителием, имеются участки, лишенные эпителиального покрова, а в подлежащей соединительной ткани определяется воспалительный процесс (рис. 59). Строма отечна, пронизана обильным мелкоклеточным

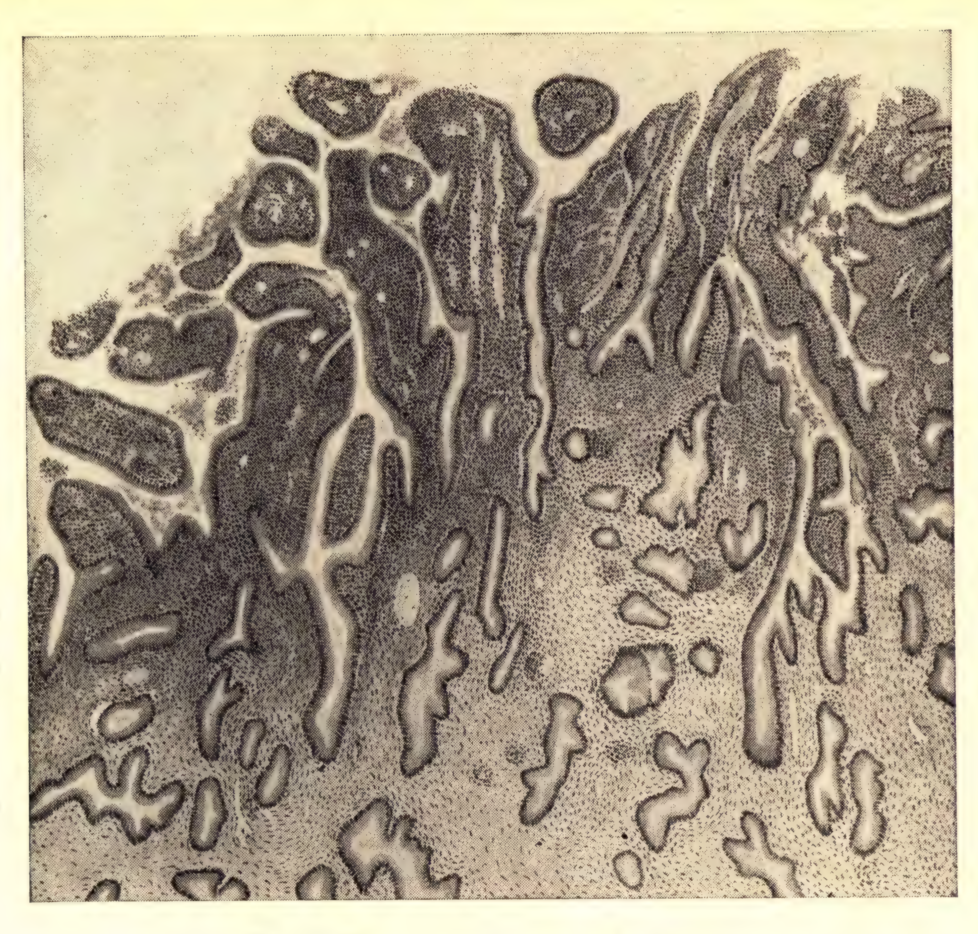


Рис. 60. Папиллярная эрозия шейки матки.

инфильтратом из лейкоцитов и лимфоцитов, сосуды расширены и переполнены кровью. Истинная эрозия встречается редко — при травме, в острой стадии воспалительного процесса. Псевдоэрозией, или первой стадией заживления эрозии, называют изменения шейки матки, лишь макроскопически напоминающие эрозию. При осмотре влагалищной шейки матки с помощью зеркал определяют ярко-красные участки слизистой оболочки, постепенно переходящие в нормальную шейку. Микроскопически псевдоэрозия представляет собой участок шейки матки, покрытый цилиндрическим эпителием.

Различают две формы псевдоэрозии: папиллярную и фолликулярную. Термином «папиллярная эрозия» (erosio papillaris) определяют такую псевдоэрозию, которая характеризуется разрастанием соединительной ткани и образованием сосочковых выростов. Поверхность этих выростов покрыта цилиндрическим эпителием (рис. 60). Макроскопически подобная эрозия красного цвета, с бархатистой поверхностью. Фолликулярная эрозия (erosio follicularis) характеризуется разрастанием желез в глубину ткани (рис. 61). Второй стадией заживления эрозии называют такое изменение шейки матки, которое характеризуется разрастанием плоского эпителия с периферии эрозии, как бы подрывающего и оттес-

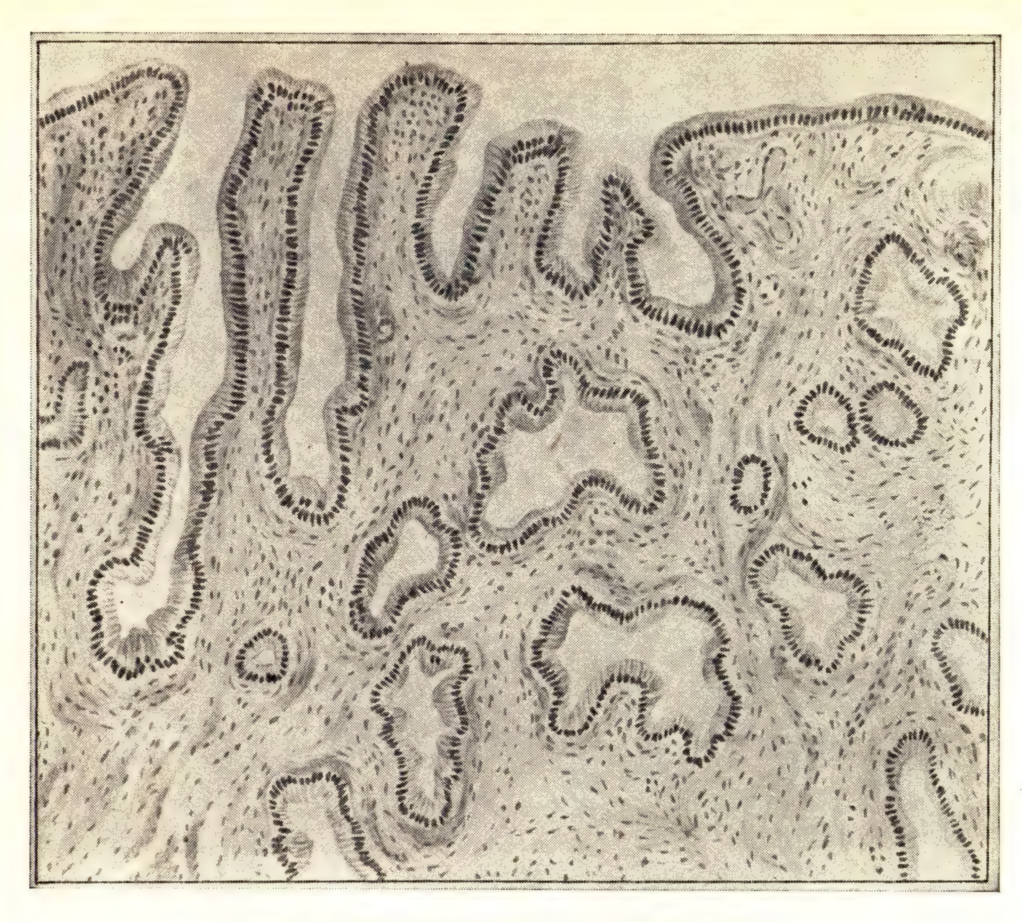


Рис. 61. Фолликулярная эрозия шейки матки.

няющего цилиндрический эпителий (рис. 62, 63). В процессе заживления эрозии влагалищная часть матки постепенно, сначала островками или языкообразными выступами, а затем и целиком покрывается многослойным плоским эпителием. Нарастая по поверхности, эпителий закупоривает выводные протоки желез, в просвете их накапливается секрет; образуются ретенционные кисты — так называемые наботовы яички (ovula Nabothi). Размер этих кист колеблется от нескольких миллиметров до 1—2 см (редко). При заживлении эрозии макроскопически такая шейка приобретает нормальный бледно-розовый цвет. Форму эрозии влагалищной части шейки матки можно точно установить только после биопсии и гистологического исследования иссеченной ткани.

Необходимо отличать эрозию влагалищной части шейки матки от эктропиона. Он возникает в результате глубокого нарушения целости шейки матки после разрыва ее при родах или операции по поводу искусственного аборта с форсированным расширением канала шейки матки и представляет собой выпячивание слизистой оболочки шеечного канала. Для диагностики эктропиона необходимо учесть данные анамнеза и объективного исследования. При осмотре шейки матки с эктропионом устанавливают, что слизистая оболочка шеечного канала ярко-красного цвета,

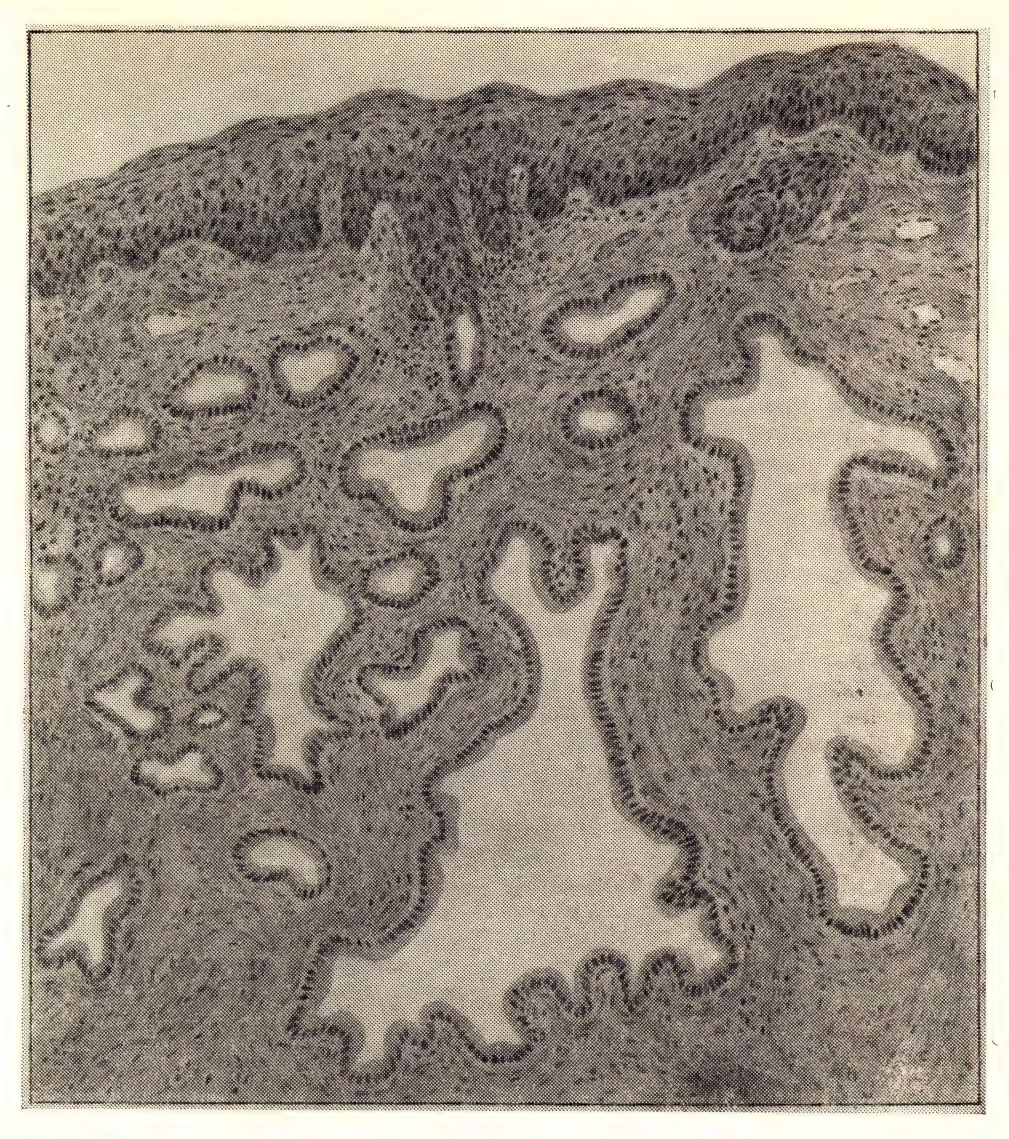


Рис. 63. Вторая стадия заживления эрозии.

резко отделяется от слизистой оболочки влагалищной части шейки матки ровной границей, имеет характерные складки (plicae palmatae). При эрозии граница покрасневшего участка извилистая, складок на поверхности эрозии не видно. При эктропионе на влагалищной части шейки матки с одной или обеих сторон видны рубцы после бывшего разрыва; если сблизить при помощи зеркала и подъемника переднюю и заднюю губу шейки матки, то выпячивание слизистой канала шейки матки исчезает. При длительном существовании эктропиона он изъязвляется (эрозированный эктропион). Кроме истинной и ложной эрозий, различают так называемую врожденную эрозию (erisio congenita) новорожденных, когда на влага-

лищной части шейки матки определяют красный венчик вокруг наружного зева без каких-либо признаков воспаления. При микроскопическом исследовании такой шейки матки обнаруживают, что участок покраснения покрыт цилиндрическим эпителием (как и слизистая оболочка канала шейки матки). Врожденные эрозии рассматривают как проявление особенностей эмбрионального развития, выражающихся в смещении нижней границы цилиндрического эпителия слизистой оболочки канала шейки матки.

Вопрос о механизме появления цилиндрического эпителия на влагалищной части шейки матки нельзя еще считать выясненным.

Симптоматология. Больные, страдающие эрозией, возникшей в результате воспалительного процесса (например, гонореи), жалуются на слизисто-гнойные или гнойные бели. Подобная эрозия почти всегда сочетается с цервицитом. Иногда при эрозиях шейки матки наблюдаются так называемые контактные кровотечения (при влагалищном исследовании, половой жизни).

В других случаях больная не отмечает никаких патологических симптомов и эрозия выявляется лишь при профилактическом осмотре или с другими, сопутствующими заболеваниями.

Клиническое течение. Длительность существования эрозии зависит от характера основного заболевания, которое является причиной образования эрозии, от общего состояния больной, рациональности лечебных мероприятий. При отсутствии или недостаточном лечении эрозия может существовать в течение ряда лет, повторно рецидивируя.

Диагностика. Распознавание эрозии основывается на указанных выше симптомах и тщательном (влагалищном и с помощью зеркал) обследовании, кольпоскопии, гистологическом исследовании. При длительном существовании эрозии шейка матки гипертрофируется, содержит наботовы яички. При дифференциации эрозии от экстропиона необходимо учесть признаки, указанные выше. Дифференциально-диагностические признаки между эрозией шейки матки, раком, сифилисом и туберкулезом описаны в главе IX. При легкой кровоточивости эрозии, указании на контактные кровотечения следует заподозрить рак и произвести цитологическое исследование, кольпоскопию, биопсию и гистологический анализ удаленной ткани.

Прогноз. Предсказание зависит от правильного распознавания и рационального лечения.

При соблюдении этих условий прогноз благоприятен — наступает вторая стадия заживления.

Лечение. Способы лечения зависят от этиологии основного заболевания. Так, напимер, при гонорейной этиологии эрозии показана специфическая терапия, и местное лечение цервицита. При сочетании эрозии, цервицита и воспаления верхнего отдела полового аппарата в острой стадии заболевания местное лечение противопоказано. В хронической стадии проводят физиотерапию, грязелечение. Из многочисленных способов местного воздействия показано применение тампонов с вазелиновым маслом, рыбьим жиром, синтомициновой эмульсией. Следует категорически предостеречь от употребления прижигающих средств, ихтиоловых тампонов. Если консервативная терапия в течение 4—6 нед не дает эффекта, показаны цитологическое исследование, кольпоскопия, прицельная биопсия с целью исключения рака. При рецидивирующей длительно существующей эрозии эффективна электрокоагуляция шейки матки. При деформации шейки и экстропионе показана пластическая операция.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ИНФЕКЦИОННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Заболевания эти могут вызываться различными микробами — стафилококками, стрептококками, кишечной палочкой, L-формами бактерий и вирусами. Патогенность микоплазм и окуло-генитального вируса для человека окончательно не установлена.

Воспалительные заболевания верхнего отдела половых органов возникают после патологических родов, криминальных и неполных абортов, хирургических вмешательств, при некрозе подслизистой миомы матки, распаде раковой опухоли, изредка в случае применения внутриматочных контрацептивов.

Из отдельных форм воспалительных состояний вне беременности обычно встречаются локализованные заболевания: эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, очень часто в сочетании друг с другом. Формы генерализованной инфекции (перитонит, септикопиемия, септицемия) наблюдаются значительно реже; они рассматриваются подробнее в руководствах по акушерству и хирургии.

Восходящая инфекция чаще наблюдается в период половой зрелости, относительно редко — у девочек и девушек, а также в старческом возрасте.

В течение последних лет произошли существенные изменения структуры и клинической картины воспалительных заболеваний половых органов, в особенности верхнего их отдела.

Эти изменения выражаются в следующем: 1) реже наблюдаются такие заболевания, как параметрит, пиоварий, пиосальпинкс и значительно чаще встречается хронический эндометрит, сальпингоофорит со склонностью к повторным обострениям; 2) нередко воспалительный процесс протекает торпидно, стерто, без резко выраженной температурной реакции, высокого лейкоцитоза, диспепсических и дизурических явлений; 3) заболевание часто протекает длительно. Нередко обостряется под воздействием неспецифических факторов (охлаждение, перенапряжение, грипп), или оперативного вмешательства (например, выскабливания слизистой оболочки матки). Указанные выше изменения связаны с широким, не всегда рациональным, применением антибиотиков, возникновением аллергических реакций, нарушением процессов адаптации и компенсаторных реакций организма, дисбактериозом, торможением процессов иммуногенеза.

ЭНДОМЕТРИТ

Причины воспалительных процессов половых органов (в том числе и эндометрита) указаны выше.

При остром эндометрите слизистая оболочка матки покрыта серым грязным налетом, в полости матки гной, иногда с неприятным запахом (инфекция кишечной палочкой). Эпителиальный покров слизистой оболочки в ряде месте десквамирован; глубже образуется обширный лейкоцитарный инфильтрат — пограничный вал (рис. 64). Инфекция может проникать в мышечный слой матки (инфильтраты в лимфатических щелях — метроэндометрит) и при неблагоприятных условиях (ослабление организма, высокая вирулентность и инвазивность микробов, фаза десквамации слизистой оболочки матки) распространяться по кровеносной и лимфатической системам (септицемия, перитонит, параметрит).

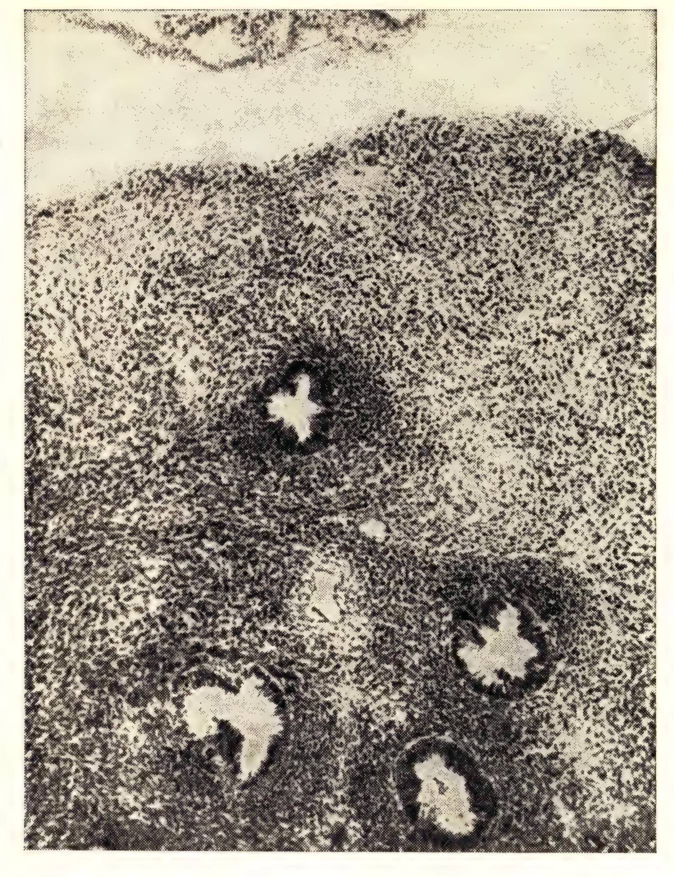


Рис. 64. Острый эндометрит: перигландулярная лейкоцитарная инфильтрация.

Острый и подострый эндометрит может закончиться выздоровлением, если микробная флора не проникает глубже функционального слоя. При переходе инфекции на базальный слой регенерация слизистой задерживается и эндометрит переходит в хроническую стадию.

Для гистологической картины хронического эндометрита характерны очаговые скопления круглоклеточных элементов вокруг сосудов с наличием плазматических клеток, очаговый фиброз стромы, в некоторых случаях фибробластическое превращение стромы.

Симптоматология. Симптомы острого эдномеитрита: повышение температуры, боли внизу живота, гнойные выделения из матки, иногда метроррагия (вследствие некроза участков слизистой оболочки матки). Клинические симптомы хронического эндометрита: бели и боли (иногда значительные), нередко длительные кровотечения (нарушения проницаемости сосудистых стенок и функции яичников), часто скудные предменструальные и (или) постменструальные, иногда межменструальные кровянистые выделения. Многие больные отмечают тяжесть внизу живота, запоры, раздражительность, нарушение сна. В большинстве случаев наблюдается гипофункция яичников, в частности укорочение лютеиновой фазы, реже — ановуляторные циклы.

При влагалищном исследовании — матка болезненна, несколько увеличена, мягкой консистенции; из канала шейки имеются обильные гнойные выделения.

Диагностика. Распознавание эндометрита, метроэндометрита в острой стадии не представляет особых затруднений. Диагноз основывается на данных анамнеза (внутриматочное вмешательство, наличие некроза узла подслизистой миомы или рака), общего и гинекологического исследования (повышение температуры, болезненность матки, гнойные выделения из нее), подтвержденного лабораторными данными (бактериоскопия, посевы).

Диагностика хронического метроэндометрита труднее. Этот диагноз может быть поставлен лишь при увеличении матки, плотности ее, сращениях с соседними органами и белей.

К этому необходимо добавить данные анамнеза, указывающие на перенесенный в прошлом острый эндометрит или метроэндометрит, гистологического исследования соскоба слизистой оболочки, нарушения менструального цикла.

У значительного числа больных прогноз благоприятен.

Лечение. В острой стадии болезни назначают постельный режим, холод на низ живота, антибиотики, при болях — болеутоляющие, снотворные, десенсибилизирующие средства и витамины. В хронической стадии эндометрита назначение антибиотиков нецелесообразно, так как возбудитель заболевания, как правило, утрачивает ведущее значение. Показано комплексное лечение: 1) витамины (в течение месяца), которые нормализуют сосудистую систему (рутин 0,02 г 3 раза в день, аскорбиновая кислота 0,25 г 3—4 раза в день) в сочетании с десенсибилизирующими препаратами (глюконат кальция 0,5 г 3 раза в день, димедрол 0,05 г или супрастин 0,05 г на ночь), 2) физиотерапия. При наличии спаек в малом тазу назначают ультразвуковую терапию, при отсутствии их микроволновую терапию, импульсные токи низкой частоты, электрофорез лекарственных веществ.

При выявлении гипофункции яичников показана циклическая гормональная терапия.

САЛЬПИНГООФОРИТ

Сальпингоофорит (salpingoophoritis) может возникнуть различными путями: восходящим (каналикулярно) из матки, нисходящим (из брюшины), по протяжению или лимфогенно (инфекция кишечной палочкой) из червеобразного отростка, прямой или сигмовидной кишки.

Восходящий путь распространения инфекции наблюдается весьма часто, так как содержимое матки легко попадает в маточные трубы; трубы не отделяются от полости матки слизистой пробкой, а наличие сфинктера маточной трубы окончательно не установлено. Эпителиальный покров маточной трубы обычно не нарушается; в складках трубы происходит лейкоцитарная инфильтрация; в просвете трубы в значительном количестве скапливается гной. Инфекция нередко захватывает и мышечный слой трубы (mesosalpingitis), обусловливая в дальнейшем воспаление брюшины.

В настоящее время (в частности, в связи с широким применением антибиотиков) нередко наблюдаются абортивные, легкие и стертые формы заболевания. Стертые формы выражаются в несоответствии между спокой-

ной клинической картиной болезни и патологическими изменениями (вплоть до нагноения) в очаге поражения. Наличие этих форм заболевания требует очень внимательного обследования больной и вдумчивой оценки изменений в половой системе. Необходимо помнить о возможности «парадоксального» вялого течения нагноительного процесса с учащением пульса, нормальной температурой, увеличением СОЭ и уменьшением эозинофилов. Причины их разнообразны, обычно неспецифического характера: переохлаждение, переутомление, грипп, выскабливание слизистой матки. Можно дифференцировать два варианта клинического течения этих обострений. При первом варианте определяются повышение секреции из половых путей, экссудативный процесс в придатках матки, значительная болезненность при гинекологическом исследовании, субфебрилитет, умеренный лейкоцитоз и сдвиг формулы белой крови влево, гипоальбуминемия, С-реактивный белок (+и++), повышение экскреции 17-кетостероидов и дегидроэпиандростерона, ановуляция, неполноценность функции желтого тела. Все это позволяет считать, что причиной обострения является инфекционно-токсический фактор (усиление патогенных свойств возбудителя) или вторичное инфицирование. При втором варианте клинического течения обострения преобладают симптомы нарушения общего состояния больной, длительное ухудшение самочувствия, снижение трудоспособности, неустойчивость настроения, повышенная раздражительность. При глубокой пальпации отмечаются боли по ходу аорты, нижней полой вены, при надавливании на область грушевидной и внутренней запирательной мышц, область крестцового сплетения. Придатки матки лишь немного увеличены, уплотнены, малоболезненны при пальпации. При исследовании крови часто обнаруживается лейкопения или нормальное количество лейкоцитов, лимфоцитоз; значительно снижена экскреция 17-кетостероидов и дегидроэпиандростерона, часто обнаруживается недостаточность эстрогенной и прогестероновой фаз цикла. Следовательно, в возникновении обострения преобладающее значение имеет нарушение функций нервной, сосудистой и эндокринной систем, а не активация микробного фактора. Диагноз сальпингоофорита основывается на данных анамнеза (нередко предшествующее воспаление нижнего отдела половой системы, оперативное вмешательство — зондирование, выскабливание матки), гинекологического исследования.

При дифференциальной диагностике с опухолью яичника, внематочной беременностью необходимо учитывать те же признаки, что и при восходящей гонорее (см. с. 155).

Лечение. В острой стадии заболевания — то же, что и в острой стадии эндометрита (см. с. 139). Показано также УФ-облучение. В хронической стадии применяются диадинамические синусоидальные модулированные токи, ультразвук, индуктотермия (см. с. 187). При обострении хронического воспаления придатков матки с клинической картиной по первому варианту целесообразно применение антибактериальных, дезинтоксикационных и анальгезирующих препаратов, при втором варианте — диадинамических токов.

Операция показана при значительном поражении половых органов, частых рецидивах, опасности прорыва гнойника и разлитого перитонита.

При обнаружении мешотчатых образований придатков матки у больных в возрасте 40 лет и старше следует помнить о возможности рака яичников или труб. У подобных больных обосновано хирургическое вмешательство.

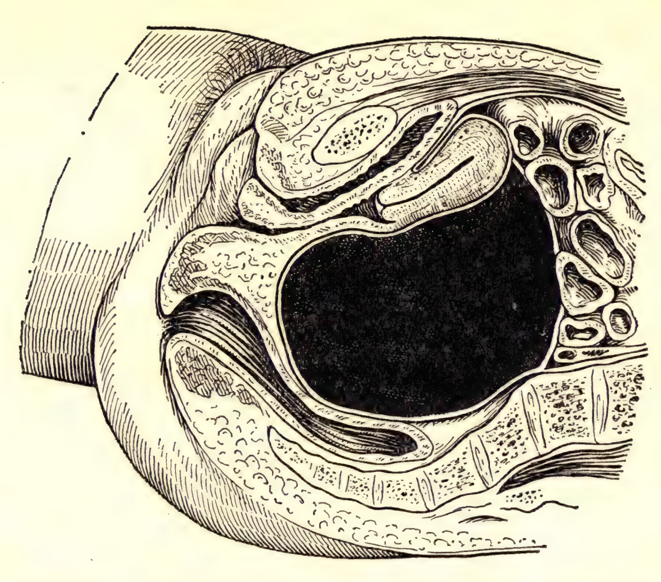


Рис. 65. Абсцесс в прямокишечно-маточном кармане.

ВОСПАЛЕНИЕ БРЮШИНЫ МАЛОГО ТАЗА

Распространению инфекции на тазовую брюшину (при восходящей каналикулярно инфекции) способствует то, что ostium abdominale tubae uterinae открывается непосредственно в свободную брюшную полость. Более часто инфекция распространяется лимфогенно и гематогенно.

Тазовый перитонит почти всегда сочетается с сальпингоофоритом.

У большинства больных тазовый перитонит заканчивается выздоровлением. Значительно реже (при вирулентной инфекции и ослабленном организме) возникает генерализованный септический перитонит. В подобных случаях прогноз заболевания утяжеляется, хотя современные методы терапии позволяют спасти жизнь большинства этих больных.

АБСЦЕСС ПРЯМОКИШЕЧНО-МАТОЧНОГО КАРМАНА БРЮШИНЫ

Особую форму тазового перитонита представляет абсцесс прямокишечно-маточного кармана (рис. 65) брюшины (abscessus excavationis peritonei recto-uterinae). Причины образования такого абсцесса разнообразны: а) переход инфекции из труб лимфогенным путем или по протяжению; б) ранение свода при попытке криминального аборта; в) распространение перитифлитического инфильтрата на тазовую брюшину; г) инфицирование позадиматочного кровоизлияния при прервавшейся трубной беременности. Если абсцесс обусловлен кишечной палочкой, то гной имеет каловый запах; при нагноении кровоизлияния гной смешан с кровью. Стенки гнойника образованы соседними органами: спереди — маткой, сзади — прямой кишкой, сверху — кишечными петлями и сальником.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. В начальной стадии заболевания она является отражением основного заболевания (сальпингоофорит, аппенди-

цит и др.) и не имеет ничего специфического. С прогрессированием гнойного скопления выявляются симптомы общей интоксикации: озноб, интермиттирующая лихорадка, жалобы на тенезмы, затруднение дефекации и мочеиспускания. Дальнейшее течение абсцесса может быть различным: у одних больных инфильтрат рассасывается с последующим образованием спаек или без них, у других абсцесс вскрывается во влагалище или прямую кишку, после чего наступает выздоровление. При прорыве гноя в мочевой пузырь возможно развитие восходящей инфекции мочевых путей. Длительность подобного заболевания может быть весьма значительной. При прорыве гноя в брюшную полость развивается разлитой перитонит.

Диагностика. Диагноз прямокишечно-маточного абсцесса основывается на указанных выше симптомах; очень важно выявить основное заболение, повлекшее за собой образование абсцесса. При объективном (влагалищном и прямокишечном) исследовании определяют флюктуирующий инфильтрат, который выпячивает в форме языкообразной или полушарообразной «опухоли» задний свод влагалища и не переходит на боковые стенки влагалища и таза. Верхняя граница абсцесса четко не определяется и находится выше, чем при перкуссии (абсцесс ограничен сверху петлями кишечника). Консистенция инфильтрата вначале плотная, но при образовании гноя определяется зыбление.

Абсцесс прямокишечно-маточного кармана брюшины необходимо дифференцировать от параметрита, инфицированного кровоизлияния, пиосальпинкса и абсцесса яичника.

1. Экссудативный параметрит. Параметрит не сопровождается столь резким нарушением общего состояния и болями, как экссудативный пельвиоперитонит. Инфильтрат при прямокишечно-маточном абсцессе кармана брюшины в виде языкообразной или полушарообразной «опухоли» выпячивает задний свод и лишь переднюю, а не боковые стенки прямой кишки. Параметральный инфильтрат клиновидно выпячивает задний, а также боковые своды влагалища и близко подходит к матке и стенкам прямой кишки, охватывая ее полукольцом. Параметральный инфильтрат сливается со стенками таза; абсцесс прямокишечно-маточного кармана брюшины с ними не сливается.

2. Инфицированное кровоизлияние при прервавшейся беременности. При внематочной беременности отмечается задержка менструации, безлихорадочное начало заболевания, инсульты, постгеморрагическая анемия. При абсцессе прямокишечно-маточного кармана брюшины менструльный цикл не нарушен. Заболевание часто возникает после криминального аборта и в первые же дни протекает с повышением температуры. При исследовании крови обнаруживают лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево.

В сомнительных случаях для постановки окончательного диагноза необходимо произвести пункцию через задний свод и исследовать пунктат (гной, кровь).

3. Пиосальпинкс, гнойник яичника. При пиосальпинксе труба имеет вытянуто-овальную или ретортообразную форму; часто пиосальпинкс является двусторонним; поверхность его неровная, с перетяжками. Абсцесс яичника представляет собой опухолевидное образование округлой или овальной формы, располагающееся обычно сбоку и кзади от матки. Пальпаторные данные при абсцессе прямокишечно-маточного кармана брюшины описаны выше.

Лечение тазового перитонита, абсцесса прямокишечно-маточного кармана брюшины.

ПАРАМЕТРИТ

Под брюшиной малого таза и над фасцией таза располагается тазовая клетчатка. Эта клетчатка прилегает к внутренним половым органам в разных их отделах. В рыхлой тазовой клетчатке выделяются участки уплотнения, которые составляют основу так называемого retinaculum uteri. В состав их входят крестцово-маточные мышцы, кардинальные, пузырно-лобковые и пузырно-маточные связки. Эти связки образуют перегородки между разными отделами клетчатки малого таза.

В клетчатке малого таза проходят мочеточники, кровеносные и лимфатические сосуды; заложены лимфатические узлы, нервные стволы и сплетения.

Термином «параметрит» (parametritis) определяют воспаление околоматочной клетчатки, термином «пельвеоцеллюлит» (pelveocellulis) воспаление всей клетчатки малого таза (рис. 66).

Среди бактерий, обусловливающих развитие параметрита, чаще всего находят аэробные стрептококки и стафилококк, реже — анаэробы (B. perfringens и другой анаэробный стрептококк) и кишечную палочку.

Параметрит представляет собой диффузное воспаление околоматочной клетчатки в сочетании с лимфангитом и периваскулярным отеком. Лимфатические сосуды расширены, заполнены тромбами и гнойными массами. Характер экссудата в клетчатке может варьировать от серозного и серозно-гнойного до гнойного.

Соответственно разделению клетчатки малого таза на два боковых, передний и задний отделы различают и параметриты: боковой, передний и задний. Наиболее часто (в 90% случаев) наблюдается боковой параметрит.

В связи с многообразием причин возникновения параметрита начальные его симптомы нередко маскируются основным заболеванием[1]. Первоначальные симптомы параметрита: повышение температуры до 38—39°С, иногда с однократным ознобом, небольшие боли внизу живота, учащение пульса в соответствии с температурой. Общее состояние резко не нарушается. Язык влажный, слегка обложен; иногда бывают запоры. Со стороны крови обнаруживают ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево. Боли бывают резкими, когда воспалительный процесс переходит на брюшину.

При объективном исследовании в начальной стадии воспалительного процесса пальпация брюшной стенки почти безболезненна, перкуторный тон не приглушается. При влагалищном и (обязательно!) прямокишечном исследованиях сбоку, реже спереди и кзади от матки определяют резистентность или инфильтрат. Вначале он расположен лишь в верхней или нижней части клетчатки широкой связки. В дальнейшем инфильтрат распространяется в стороны вплоть до стенок таза, вверх и вниз до паховой и лобковой области, сглаживая и даже выпячивая влагалищные своды. Пальпация инфильтрата малоболезненна; консистенция его вначале мягкая, затем плотная. При заднем параметрите инфильтрат хорошо определяется через прямую кишку, тесно охватывая ее спереди и с боков.

К л и н и ч е с к о е т е ч е н и е. Длительность острой стадии воспалительного процесса колеблется от 7 до 14 дней, редко дольше. В соответствии с рассасыванием воспалительных продуктов отмечается снижение темпе-

[1] При анаэробной инфекции параметрит составляет лишь одно из звеньев генерализованной септической инфекции.

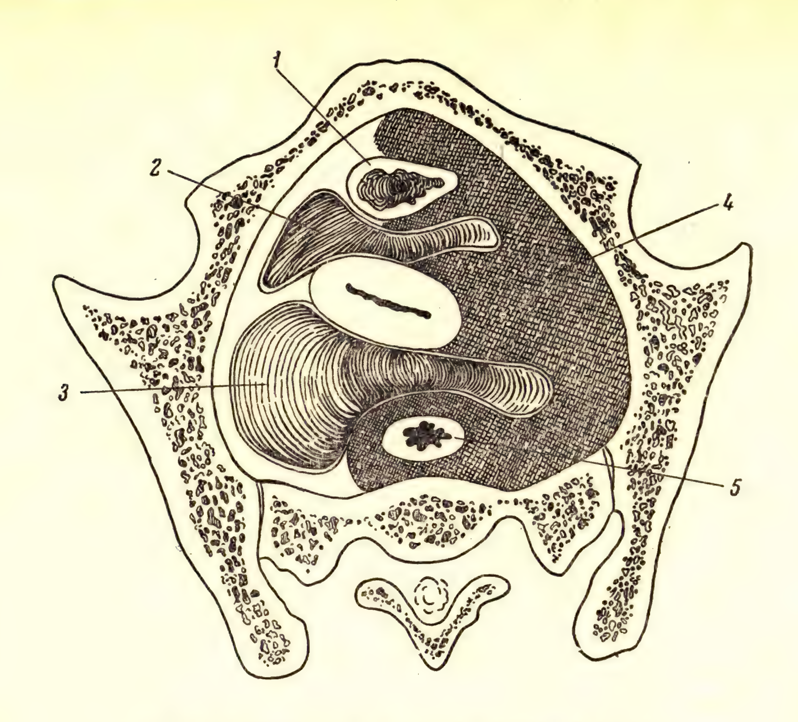


Рис. 66. Пельвеоцеллюлит экссудативный (схема).

1 — мочевой пузырь; 2 — пузырно-маточное углубление брюшины; 3 — прямокишечно-маточное углубление брюшины; 4 — экссудат; 5 — прямая кишка.

ратуры до нормальной и улучшение общего состояния больной. Более длительное течение заболевания обусловливается нагноением параметрального инфильтрата. Клинически это проявляется ухудшением общего состояния, появлением ремиттирующей температуры, нарушением функции соседних органов и усилением болей. Появление повторных ознобов свидетельствует о нагноительном процессе, реже о возникновении тромбофлебита маточных вен, plexus pampiniformis, подчревных вен. Нагноение инфильтрата обусловливает дизурические явления, если он приближается к мочевому пузырю, примесь слизи к каловым массам и тенезмы — при парапроктите. Прорыв гноя в эти органы сопровождается появлением его в моче и выделением из прямой кишки. Распространение инфильтрата на нервные сплетения и мышцы приводит к вторичным невритам и миозитам (псоит).

Диагностика. Диагноз параметрита устанавливается на основании данных анамнеза и исследования. Дифференциально-диагностические признаки пиосальпинкса и абсцесса яичника, нагноения позадиматочного кровоизлияния и экссудативного газового перитонита, абсцесса прямокишечно-маточного кармана и параметрита были приведены выше (см. с. 142).

К дифференциально-диагностическим признакам относится также симптом притупления перкуторного тона над spina iliaca anterior superior на стороне экссудата при параметрите и отсутствие притупления при экссудативном перитоните.

Внутрисвязочные миомы и кистомы имеют гладкую поверхность, округлую форму и не сопровождаются повышением температуры.

Раковый инфильтрат дифференцируется от параметрита на основании данных анамнеза, осмотра и пальпации шейки матки, влагалища (раковое их поражение).

Прогноз. Благоприятный.

Вопросы лечения параметрита будут рассмотрены дальше вместе с терапией пельвиоперитонита и абсцесса прямокишечно-маточного кармана брюшины.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ И КЛЕТЧАТКИ

Терапия должна быть комплексной и отражать единственно правильный подход — лечить больную, а не болезнь. Лечебные мероприятия складываются из следующих пяти элементов: 1) общее воздействие на организм; 2) воздействие на инфекционный процесс; 3) симптоматическое лечение; 4) физиотерапевтическое лечение; 5) хирургическое вмешательство (иногда).

Общее воздействие на организм складывается из ряда мероприятий. Прежде всего больная нуждается в психическом и физическом покое (постельный режим, внимательный уход). Должны быть созданы благоприятные санитарно-гигиенические условия (светлая, просторная, систематически проветриваемая палата). При возбуждении целесообразно назначать бромиды, снотворные (бромурал, люминал), при понижении тонуса — возбуждающие. Большое внимание надо уделять уходу за полостью рта: чистить зубы, протирать язык и губы глицерином для профилактики трещин. Тело больной необходимо регулярно обтирать водой со спиртом, уделяя особое внимание области лопаток, крестца, пяток, с целью профилактики пролежней. На постельном белье не должно быть складок.

При длительном инфекционном процессе нарушается водно-солевой обмен, а также антитоксическая функция печени. Для борьбы с интоксикацией рекомендуется введение большого количества жидкости, до 2—3 л в сутки,— воды, кислых напитков (клюквенный морс, чай с лимоном), настоя шиповника, виноградного сока, сока из овощей, раствора глюкозы, физиологического раствора поваренной соли. Наряду с регулированием водно-солевого обмена важно обеспечить нормальную функцию желудочно-кишечного тракта. Для предотвращения запоров применяют минеральную воду (баталинская, ессентуки № 17), фрукты (яблоки, чернослив), простоквашу и, наконец, послабляющие (фенолфталеин, ревень), делают клизмы из гипертонического раствора поваренной соли, клизмы очистительные и масляные, а для уменьшения метеоризма назначают карболен. У больных нередко развивается анемия, поэтому необходимо назначать им железо в сочетании с аскорбиновой кислотой, витамины комплекса В, переливание крови (в подострой и хронической стадиях болезни), камполон, антианемин.

Важной составной частью лечения является полноценное, регулярное питание. Пища должна быть вкусной, давать ее надо небольшими порциями через 3—4 ч. Из белковых продуктов (особенно при нарушениях функции печени) рекомендуется творог. При поносах назначают диету с высоким содержанием животных белков и ограниченным количеством углеводов. Целесообразно также применение белковых гидролизатов (белковый гидролизат из казеина — ЦОЛИПК, гидролизин Л-3, аминокровин). Назначение полуголодной диеты при поносах нерационально. Большое значение имеет широкое применение витаминов. Витамин С назначают в

острой стадии болезни до 500 мг в сутки, а в дальнейшем эту дозу снижают до 300—400 мг в сутки. Витамин B_1 (тиамин) показан при отеках, расстройствах со стороны периферической нервной системы по 10—50 мг в сутки, витамин B_2 (рибофлавин) — при нарушениях обмена, поносах по 50 мг в сутки, витамин А как антиинфекционный витамин до 100 000 МЕ в сутки.

Воздействие на инфекционный процесс достигается применением антибиотиков, сульфаниламидов, нитрофуранов. Однако возрастающая резистентность к антибиотикам стафилококка и кишечной палочки с каждым годом снижает их эффективность. В связи с этим приобретает значение (конечно, не абсолютное) определение резистентности бактерий к антибиотикам. При этом следует учитывать элективное действие антибиотиков на бактерии. Так, пенициллин обладает высокой активностью преимущественно в отношении грамположительных микроорганизмов (пенициллиназоотрицательные стафилококки, стрептококки), грамотрицательных кокков (гонококки). Полусинтетический пенициллин — оксациллин и эритромицин показаны при септических процессах, вызванных стафилококками. Левомицетин эффективен при инфекциях, вызванных как грамположительными, так и грамотрицательными бактериями (в том числе их штаммами, устойчивыми к пенициллину, сульфаниламидам). Разовая суточная и курсовая дозы антибиотиков устанавливаются индивидуальные, в зависимости от тяжести процесса, переносимости сульфаниламидов. Целесообразно применять при пельвиоперитоните, параметрите дюрантные препараты — сульфаменотоксин, сульфадиметоксин. Эффективны также изолированно или в сочетании с антибиотиками нитрофураны (солафур, фурагин, фуракрилин). При неэффективности лечения препаратом в течение 5—7 дней рекомендуется замена антибиотика. При длительном или нерациональном лечении антибиотиками возникает дисбактериоз и кандидамикоз; в этих условиях профилактически следует применять нистатин.

Симптоматическое лечение заключается в следующем. При наличии болей назначают болеутоляющие средства (например, свечи с белладонной), при обильных болезненных менструациях — кровоостанавливающие, противоспазматические, болеутоляющие. В острой стадии септического заболевания при явлениях раздражения брюшины назначают лед (с интервалами), а в дальнейшем тепло (грелки).

Физиотерапевтическое лечение показано при острой, подострой и хронической формах воспалительного процесса. При этом необходимо помнить о важности повторного тщательного клинического обследования больной (температура, пульс, общее состояние, гинекологическое исследование) и исследования крови (СОЭ, число лейкоцитов, сдвиг формулы белой крови влево). О назначении физиотерапии в различные фазы воспалительного процесса см. подробнее в разделе *«Физиотерапевтические методы лечения гинекологических заболеваний»*.

При сочетании хронического воспалительного процесса с аномалиями менструального цикла показано гормональное лечение в соответствии с выявленными нарушениями овариальной функции по данным функциональной диагностики.

При диагнозе абсцесса прямокишечно-маточного кармана брюшины необходимо произвести заднюю кольпотомию и дренировать гнойную полость.

В случае нагноения параметрального инфильтрата и выпячивания заднего свода влагалища показана пункция через задний свод. Если получен гной, необходимо опорожнить гнойник путем задней кольпотомии.

Если параметральный процесс подходит к передней брюшной стенке над пупартовой связкой, надо вскрыть гнойник внебрюшинным разрезом. Эта операция известна под названием внебрюшинной лапаротомии (laparotomia externa). Техника ее выполнения описана в соответствующих руководствах по оперативной гинекологии. При распространении гноя в седалищную область, под пупартову связку, в поясничную область или на промежность показано оперативное вскрытие абсцесса с последующим его дренированием.

Профилактика воспалительных заболеваний

Профилактика воспалительных заболеваний заключается в основном в следующем: а) борьба с внебольничными абортами; б) повседневная, широко поставленная санитарно-просветительная работа в области гигиены женщины; в) дальнейшее расширение стационарного родовспоможения и улучшение его качества.

Трудоспособность

При острых воспалительных заболеваниях наружных половых органов и влагалища показано освобождение от работы до исчезновения острых явлений.

При острых воспалительных заболеваниях матки и ее придатков, тазовой брюшины и клетчатки показаны госпитализация и освобождение от работы на 2—4 нед. В хронической стадии заболеваний при наличии значительных анатомических изменений и частых обострений противопоказана работа, связанная со значительным физическим напряжением, сотрясением тела, пребыванием в сырых и холодных помещениях.

ГОНОРЕЯ

Гонорея — инфекционное заболевание, вызываемое специфическим возбудителем — гонококком[1]. Наиболее часто гонорея передается половым путем — от больного человека здоровому, реже (у детей) внеполовым путем — через различные предметы (белье, губки, полотенца).

Возбудитель гонореи был открыт в 1879 г. немецким ученым Нейссером, который описал его морфологию, способы размножения и назвал гонококком. Чистую культуру гонококка впервые получил Бумм в 1885 г., вырастивший его на свернувшейся кровяной сыворотке из человеческой плаценты. Гонококк — специфический паразит человека. Искусственное заражение им животных не удается. Гонококки являются диплококками, т. е. кокками, располагающимися парами; каждый кокк имеет форму боба. Своей вогнутой поверхностью кокки обращены друг к другу (рис. 67). Величина гонококка варьирует в зависимости от стадии развития; длина его около 1,6 мкм, ширина 0,8 мкм. При исследовании с помощью элек-

---

[1] В состав семейства Neisseria входят 2 рода: Neisseria и Veillonella. Род Neisseria имеет 2 вида патогенных бактерий: возбудителя гонореи и менингита; род Veillonella — анаэробные непатогенные кокки, которые находятся в полости рта здоровых людей.



Рис. 68. Ультратонкий срез гонококка из 20-часовой культуры, выросшей на асцит-агаре. × 100 000 (по Н. М. Овчинникову и В. В. Делекторскому).

тронного микроскопа ультратонких срезов гонококков из культур, выросших на асцит-агаре, обнаружена хорошо выраженная фестончатая трехслойная наружная стенка, трехслойная цитоплазматическая мембрана; между мембранами расположена мелкозернистая масса. Цитоплазма состоит из гомогенной массы и взвешенных в ней рибосом. У части гонококков встречаются в виде петли или колец лизосомы, являющиеся продолжением цитоплазматической мембраны. Ядерная вакуоль разной формы и размеров, в зависимости от стадии развития гонококка, пронизана нитями ДНК (рис. 68). Очень важна характерная для гонококка триада: внутриклеточное расположение (внутри лейкоцита), бобовидная форма и отрицательное отношение к окраске по Граму — гонококки окрашиваются в оранжево-красный цвет, грамположительные кокки имеют фиолетовую окраску (см. рис. 67).

Гонококки попадают внутрь нейтрофильных лейкоцитов, будучи захвачены ими, а не благодаря своей жизненной активности; гонококк остается жизнеспособным внутри лейкоцита. Внутри моноцитов гонококк гибнет вследствие фагоцитоза. Гонококки могут располагаться и внеклеточно. При этом они часто лежат на клетках плоского эпителия ровными рядами с перпендикулярным расположением диплококков друг к другу внутри ряда. Размножение гонококка происходит в обычных условиях путем деления пополам (диплококк) или на четыре части (тетракокк), но при патоло-

гических условиях, особенно у L-форм, может наблюдаться размножение почкованием.

Гонококки размножаются преимущественно там, где имеется цилиндрический эпителий: в шейке матки, маточных трубах, прямой кишке, а также в уретре. Однако у беременных, в послеродовом периоде, у старых женщин (редко) и девочек они инфицируют и влагалище, стенки которого покрыты плоским эпителием. Таким образом, локализация гонококка обусловливается не только морфологическими особенностями различных отделов полового аппарата, но и общим состоянием эндокринных органов (прежде всего яичников). Гонококки содержат эндотоксин, который поступает в организм больной при их гибели и разрушении; в жидкой питательной среде погибшие гонококки не выделяют эндотоксина до тех пор, пока не произойдет их распад.

В настоящее время установлено, что условия внешней среды, лекарственные вещества (сульфаниламиды, пенициллин), хроническое течение болезни значительно изменяют морфологические, тинкториальные и биологические свойства гонококков. Образующиеся при этом L-формы гонококка обычно шаровидной формы и разных размеров — одни во много раз превышают обычные размеры гонококков, другие очень мелкие. Наружная стенка их очень тонкая, фестончатость большей частью утеряна, цитоплазма имеет вид островков, ядерное вещество занимает почти всю клетку, сетчатого строения. L-формы гонококка патогенны для человека. Они способны к реверсии и стабилизации.

Вопрос об иммунитете человека (как врожденном, так и приобретенном) к гонококку решается, как правило, отрицательно. Однако наблюдаются случаи выработки относительного, нестойкого иммунитета к «собственному» штамму гонококков — гомогенный иммунитет. Так, клинические симптомы болезни супругов могут постепенно убывать и половая жизнь не сопровождается новыми вспышками болезни, однако каждый из этих супругов может быть источником острой гонореи для третьего лица.

Клиническое течение. Заражение гонореей взрослых обычно происходит половым путем; при этом наиболее часто первичным очагом инфекции у женщин является шейка матки и уретра; заболевание больших вестибулярных желез, прямой кишки возникает вторично вследствие затекания секрета. Девочки заражаются, как правило, внеполовым путем — через предметы обихода (полотенце, губка, ночной горшок).

Инкубационный период при гонорее весьма непродолжителен — 3—7 дней; нередко он удлиняется до 10—15 дней и более.

Колебания длительности инкубационного периода зависят от общего состояния организма (его реактивности) и вирулентности микроба. Отмечено, что чем короче инкубационный период заболевания, тем резче выражены его клинические симптомы и наоборот.

Гонорея — общее заболевание организма со значительной выраженностью местных изменений со стороны мочеполовых органов. При этом важно подчеркнуть, что для развития гонореи не требуется нарушение целости эпителиального покрова, как при септической инфекции,— достаточно попадания гонококков на слизистую оболочку. Распространение гонорейной инфекции в половых органах женщины происходит по продолжению (per continuitatem); здесь имеют значение каналикулярное строение полового аппарата, наличие циклических процессов, а также перистальтических и антиперистальтических сокращений труб. Однако следует считать возможным (что бывает значительно реже) распространение гонококка и эндотоксинов также лимфогенным и гематогенным путем.

Различают следующие формы гонореи: 1) свежая гонорея: а) острая (gonorrhoea recens acuta), б) подострая (gonorrhoea recens subacuta, в) торпидная (gonorrhoea recens torpida); 2) хроническая гонорея (gonorrhoea chronica). Однако границы, разделяющие эти формы заболевания, не представляются достаточно четкими ни с патоморфологической, ни с клинической стороны.

Подострой формой свежей гонореи можно считать такую, которая возникла не более 2 нед. назад и характеризуется субфебрилитетом и незначительными болезненными симптомами. В зависимости от общего состояния больной и вирулентности гонококков различают, кроме того, свежую торпидную, или бессимптомную гонорею. Свежей торпидной, или субъективно бессимптомной, гонореей называют такую, при которой в скудном гнойном отделяемом обнаруживают гонококки; симптомы заболевания выражены недостаточно или отсутствуют.

Понятие о бессимптомной гонорее приближается к понятию о гонококконосительстве, а разграничить их на практике не всегда легко. При гонококконосительстве в отличие от бессимптомной гонореи в секрете из шейки матки нет лейкоцитов, при уретроскопии не обнаруживаются патологические изменения, реакция на введение гоновакцины отрицательна.

Гонорейное заболевание нужно считать хроническим, согласно правилам «Извещения о венерическом больном», при давности заболевания более 2 мес. или когда установить ее не удается. Следует учесть возможность обострения хронического процесса (gonorrhoea chronica exacerbata).

Симптоматология и клиническое течение гонореи женщины представляют ряд особенностей в зависимости от периода жизни (детский возраст, половая зрелость, старость). Наиболее часто гонорея возникает в период половой зрелости.

В последние годы отмечается увеличение числа больных с торпидным течением гонореи. Эти больные обычно поздно обращаются за медицинской помощью, так как не знают о своем заболевании; они продолжают половую жизнь и заражают своих партнеров. Гонорея в настоящее время часто протекает как смешанная инфекция. По данным Центрального кожно-венерологического института Министерства здравоохранения СССР, у женщин чаще всего, в 62,8% гонококки находятся в симбиозе с влагалищной трихомонадой, в 20—25% — с бактериальной флорой и в 4—6% — с вирусами. Смешанная инфекция накладывает отпечаток на течение гонореи и затрудняет ее диагностику.

Различают гонорею нижнего отдела мочеполового аппарата и гонорею верхнего отдела полового аппарата (восходящая гонорея). К первой форме относят гонорею уретры, парауретральных ходов и крипт, больших вестибулярных желез, шейки матки, ко второй — гонорею тела матки, труб, яичников и брюшины.

Подобное разделение гонорейной инфекции имеет большое значение для клинической практики. Каждая из этих групп отличается от другой по симптоматологии, клиническому течению, степени нарушения трудоспособности и прогнозу.

Гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата женщины

Гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата наблюдалась раньше у 60—65%, гонорея верхнего отдела — у 40—35% больных гонореей. В настоящее время восходящая гонорея встречается значительно реже,

главным образом у нелеченных или леченных неправильно. Эти изменения обусловлены внедрением в практику сульфаниламидных препаратов и особенно антибиотиков. Наиболее часто поражаются уретра (приблизительно в 90%) и шейка матки (в 82—90% случаев). Изолированное их поражение, так же как и заболевание больших вестибулярных желез и прямой кишки, встречается значительно реже.

При оценке первых клинических симптомов гонореи нижнего отдела мочеполового аппарата необходимо учитывать, что мнение об обязательности резко выраженных болезненных симптомов при свежей форме гонореи является ошибочным: при этой форме яркие симптомы (торпидное течение) нередко отсутствуют. В связи с этим больные часто обращаются за врачебной помощью не в начале заболевания, а лишь при появлении симптомов острой восходящей гонореи (см. с. 155). Кроме того, недостаточно опытные врачи часто недооценивают маловыраженные первоначальные симптомы гонореи и не производят тщательного обследования (в том числе бактериологического) больной при первом ее обращении, что создает предпосылки для ошибочной оценки этиологии заболевания и неправильного лечения.

Рассмотрим более подробно основные очаги поражения при гонорее нижнего отдела мочеполового аппарата — гонорейный уретрит и эндоцервицит.

Гонорейный уретрит (urethritis gonorrhoica). Как указывалось выше, острый уретрит является одним из наиболее частых (до 90%) первичных очагов острой гонореи.

Симптомы уретрита с самого начала могут быть маловыраженными — незначительная боль и жжение при мочеиспускании. Это частично объясняется анатомическими особенностями уретры у женщин; она коротка (25—35 мм), малоизогнута, имеет значительную ширину (при прохождении мочи — до 8—12 мм), хорошо растяжима.

При резкой выраженности симптомов, что наблюдается нечасто, больные жалуются на острую боль и жжение при мочеиспускании; если воспалительные изменения появляются и в области шейки мочевого пузыря, то присоединяются жалобы на частые императивные позывы на мочеиспускание, боль и тенезмы к концу его, чувство тяжести внизу живота.

При осмотре уретры обнаруживают покраснение и набухание слизистой оболочки вблизи наружного отверстия мочеиспускательного канала, отечность уретральных губок, выделение вначале слизистого, а затем слизисто-гнойного и гнойного экссудата. При микроскопическом исследовании слизистой оболочки уретры установлено, что поверхностные эпителиальные клетки слущиваются; происходит повышенная секреция и эмиграция лейкоцитов, содержащих в большом количестве гонококки. В подэпителиальной соединительной ткани образуется лейкоцитарный инфильтрат и определяются плазматические и тучные клетки, а также фибробласты.

Если в воспалительный процесс вовлечены и разветвленные трубчатые железы (gland. urethrales), то вокруг их отверстий обнаруживается значительное покраснение. При пальпации через переднюю стенку влагалища отмечается болезненность уретры.

При своевременном и правильном лечении болезненные симптомы исчезают через 2—3 нед после его начала; экссудат приобретает слизистый характер или окончательно исчезает, слизистая оболочка уретры приходит в норму. На отдельных участках слизистой оболочки в процессе ее регенерации может появиться плоский эпителий. Сравнительно редко выздоров-

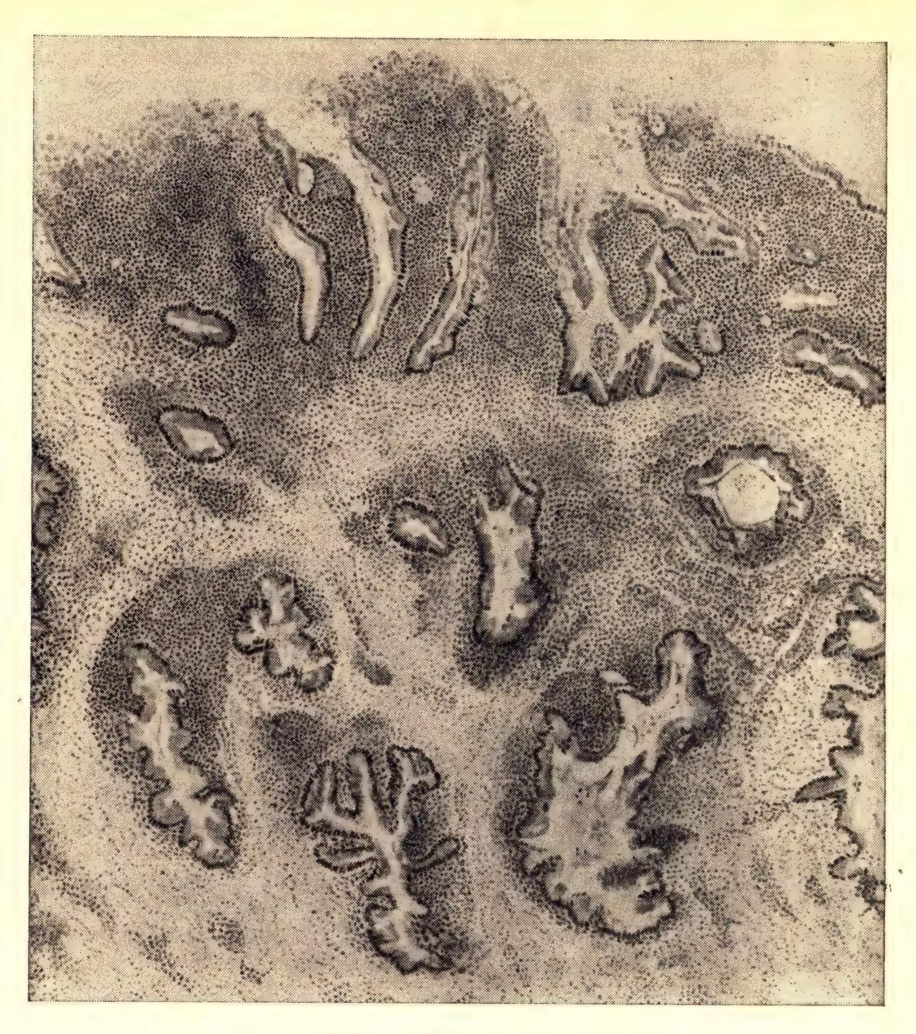


Рис. 69. Гонорейный эндоцервицит.

ление наступает самопроизвольно. При отсутствии или недостаточном лечении острый уретрит переходит в подострый, а затем в хронический.

Симптомы хронического уретрита весьма незначительны; больных беспокоят иногда частые позывы на мочеиспускание. Слизистая оболочка уретры представляется уплотненной, грубоскладчатой; в подслизистой ткани сохраняются инфильтраты. При пальпации уретра неравномерно утолщена. Гонококки находятся (иногда в течение ряда месяцев и даже лет) в глубине — в трубчатых железах уретры или криптах, в окружности наружного отверстия уретры. Иногда эти уретральные железы и крипты являются замкнутыми очагами гонореи: при вскрытии их в экссудате обнаруживают гонококки. Наличие осумкованных очагов инфекции и вскрытие их являются причиной «неожиданных» рецидивов заболевания и заражения партнера.

Гонорейный цистит наблюдается очень редко.

Гонорейный эндоцервицит (цервицит) (endocervicitis gonorrhoica). Гонорейный эндоцервицит встречается у 82—90% больных свежей гонореей нижнего отдела полового аппарата.

В острой стадии больные жалуются на тупые боли внизу живота, слизистые или гнойные выделения из влагалища. При осмотре с помощью зеркал определяется слизистая, реже гнойная секреция из канала шейки матки и нередко покраснение вокруг наружного зева (эрозия).

Слизистая оболочка канала шейки матки отечна, гиперемирована, легко кровоточит при дотрагивании. При микроскопическом исследовании устанавливают, что эпителий слизистой оболочки в ряде участков слущивается. Гонококки проникают в подэпителиальный слой и в строму слизистой оболочки, где образуются инфильтраты. Эти инфильтраты состоят из сегментированных лейкоцитов, лимфоцитов и плазматических клеток; нередко возникают перигландулярные абсцессы (рис. 69). При регенерации слизистой оболочки происходит частичное замещение цилиндрического эпителия плоским (метаплазия). Течение заболевания ввиду глубокого поражения тканей весьма длительное — недели и месяцы.

Таким образом, для гонорейного поражения шейки матки характерно проникновение инфекции в подэпителиальный слой и строму, образование перигландулярных абсцессов, переход инфекции в хроническую форму. Наличие глубоких изменений позволяет называть такой болезненный процесс цервицитом, а не эндоцервицитом. Влагалищная часть шейки матки при хроническом цервиците уплотняется и гипертрофируется, на ней часто обнаруживают псевдоэрозию. На поверхности влагалищной части шейки матки видны небольшие (до 5 мм и больше в диаметре) белесоватые или прозрачные выпячивания — закупоренные железки, так называемые наботовы яички (ovula Nabothi). Гипертрофия шейки матки является следствием развития соединительной ткани и закупорки выводных протоков желез. Жалобы больных при хронической форме заболевания весьма незначительны: слизисто-гнойные выделения из влагалища, изредка тупые боли.

Гонорейный бартолинит (bartholinitis gonorrhoica). Третьим очагом острой гонорейной инфекции нижнего отдела мочеполового аппарата являются большие вестибулярные железы (выводной проток и железы). Гонорейное воспаление этих желез[1] наблюдается реже, чем уретрит и цервицит. При инфицировании выводного протока (canaliculitis) железы появляются в небольшом количестве слизисто-гнойный секрет, незначительное уплотнение и болезненность канала, покраснение вокруг наружного отверстия протока — в нижней трети sulci nymphohymenalis. Это так называемые гонорейные пятна (maculae gonorrhoicae); наличие их нельзя считать специфическим признаком гонореи, так как причиной воспаления могут быть и стафилококки, стрептококки, кишечная палочка. При закупорке отверстия протока происходит задержка секрета, канал расширяется и принимает овальную форму.

При комбинированной инфекции (гонококк и стрептококк) гнойный экссудат заполняет дольки железы — образуется псевдоабсцесс железы (рис. 70). Этот псевдоабсцесс нередко самопроизвольно вскрывается на внутренней поверхности малой или большой губы или через выходной проток железы. Образование и прорыв подобного псевдоабсцесса нередко рецидивируют.

---

[1] По прежней анатомической номенклатуре (BNA) — бартолиновы железы.

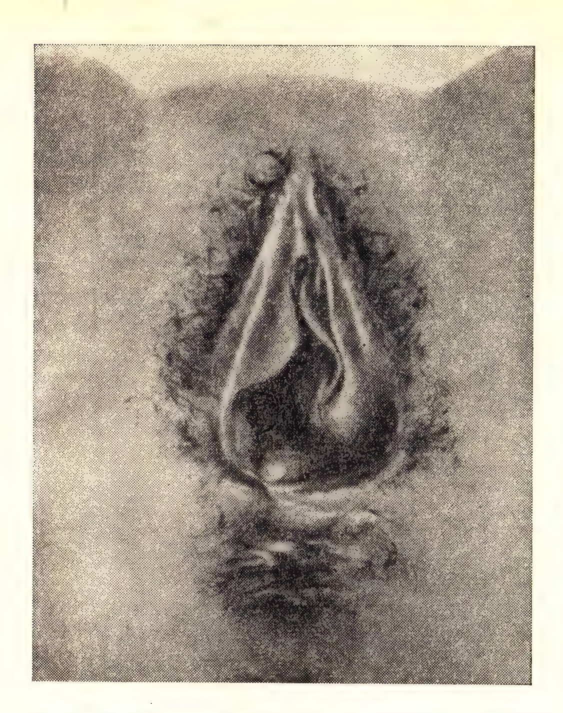


Рис. 70. Псевдоабсцесс большой вестибулярной железы.

Истинный абсцесс железы (с воспалением окружающей клетчатки) наблюдается редко.

При переходе воспалительного процесса в хроническую форму и закупорке выводного протока может образоваться ретенционная киста большой вестибулярной железы; стенки выводного протока железы неравномерно уплотняются, что характерно для так называемого нодозного каналикулита (canaliculitis nodosa); необходимо учитывать, что киста большой вестибулярной железы также может быть не гонорейной, а септической (например, стафилококковой) этиологии.

При остром воспалительном процессе больная отмечает боль в области наружных половых органов и чувство неловкости при движении. Температура может быть субфебрильной. При образовании псевдоабсцесса или абсцесса железы общее состояние нарушается; температура повышается до 38—39°С, иногда с суточными колебаниями в 1,5—2°. Больная отмечает резкую болезненность и припухлость в области половых губ; движение крайне болезненно; трудоспособность нарушена. При самопроизвольном вскрытии абсцесса или псевдоабсцесса состояние улучшается и температура снижается до нормы. Однако через некоторое время вновь может образоваться псевдоабсцесс с последующим его вскрытием. Хроническое воспаление и киста большой вестибулярной железы не сопровождается никакими болезненными симптомами. При значительных размерах кисты больные отмечают неловкость при движении, затруднение при половом акте.

Гонорейный вульвит, вульвовагинит, кольпит (vulvitis, vulvovaginitis, colpitis gonorrhoica). Специфическое поражение вульвы и влагалища встречается весьма редко. Однако необходимо помнить, что неспецифический вульвит, вульвовагинит и вагинит могут возникать при гонорее как сопутствующие заболевания.

Гонорейный проктит (proctitis gonorrhoica). Гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата может осложняться проктитом.

Гонорейный проктит обычно возникает в результате затекания секрета из влагалища, реже — при прорыве пиосальпинкса или абсцесса прямокишечно-маточного кармана брюшины. В острой стадии заболевания эпителий кишки в ряде участков слущивается и образуются трещины и эрозии. В слизистой оболочке появляются мелкоклеточная инфильтрация, плазматические клетки. Гонококк проникает не только в подэпителиальный слой, но и в соединительную ткань стенки кишки. Наблюдается образование абсцессов, вскрывающихся в просвет кишки или через

промежность. Вследствие рубцевания изредка возникает стриктура кишки.

Начальная стадия проктита проявляется жжением, болями в области заднего прохода (при появлении дерматита, трещин), тенезмами. На поверхности каловых масс могут быть гнойные пленки. В хронической стадии процесса больные часто не отмечают никаких болезненных симптомов.

Гонорея верхнего отдела полового аппарата женщины

Гонореей верхнего отдела полового аппарата (или восходящей) называют специфическое заболевание внутренних половых органов выше внутреннего маточного зева, т. е. тела матки, труб, яичников и тазовой брюшины. Распространению гонореи выше внутреннего маточного зева могут способствовать следующие причины: 1) менструации (несоблюдение правил гигиены, половая жизнь во время менструации); 2) постабортный и послеродовой периоды; 3) введение зонда в матку, расширение канала шейки матки при нераспознанном гонорейном цервиците; 4) чрезмерное физическое перенапряжение.

Гонорейный эндометрит (endometritis gonorrhoica). Развитие гонорейного эндометрита и его течение могут быть поняты только при учете циклических изменений эндометрия в зависимости от фазы менструального цикла.

Если гонококк попадает в полость матки в пролиферативной или секреторной фазе цикла, происходят десквамация эпителиального покрова на отдельных участках, скопление гонококков в подэпителиальном слое и значительная лейкоцитарная инфильтрация. Железы слизистой оболочки вначале представляются неизмененными; отмечается скопление клеток в отдельных лимфатических щелях. Во время ближайшей менструации функциональный слой слизистой оболочки матки отторгается, однако самопроизвольное излечение после первой менструации наступает редко. Гонококки инфицируют базальный слой и быстро размножаются в нем; возникает лейкоцитарная инфильтрация, появляются в большом количестве плазматические клетки. В связи со значительными воспалительными изменениями и явлениями интоксикации регенерация и пролиферация слизистой оболочки нарушаются; ближайшая менструация запаздывает, наступает после 6—8-недельного промежутка, может быть обильной, болезненной.

Через несколько циклов (3—4) воспалительные изменения в эндометрии ликвидируются; значительно реже возникает базальный эндометрит. Если гонококк проникает в полость матки в менструальном периоде, то сразу же поражается и базальный слой слизистой оболочки. Значительно реже острый эндометрит переходит в хронический со стойкими поражениями в строме и мышечном слое матки; в этих случаях возникает метроэндометрит (metroendometritis gonorrhoica). Поражение миометрия чаще возникает вследствие вторичной (септической) инфекции. При заболевании в старческом возрасте в связи с отсутствием циклических процессов слизистой оболочки матки изменения эндометрия выражены более резко.

Гонорейный сальпингоофорит (salpingoophoritis gonorrhoica). Характерным для восходящей гонореи является каналикулярное распространение инфекции с быстрым переходом из матки на маточные трубы, яичники, брюшину. Симптомы воспаления матки, маточных труб, яичников настолько сливаются друг с другом, что у постели больной крайне трудно

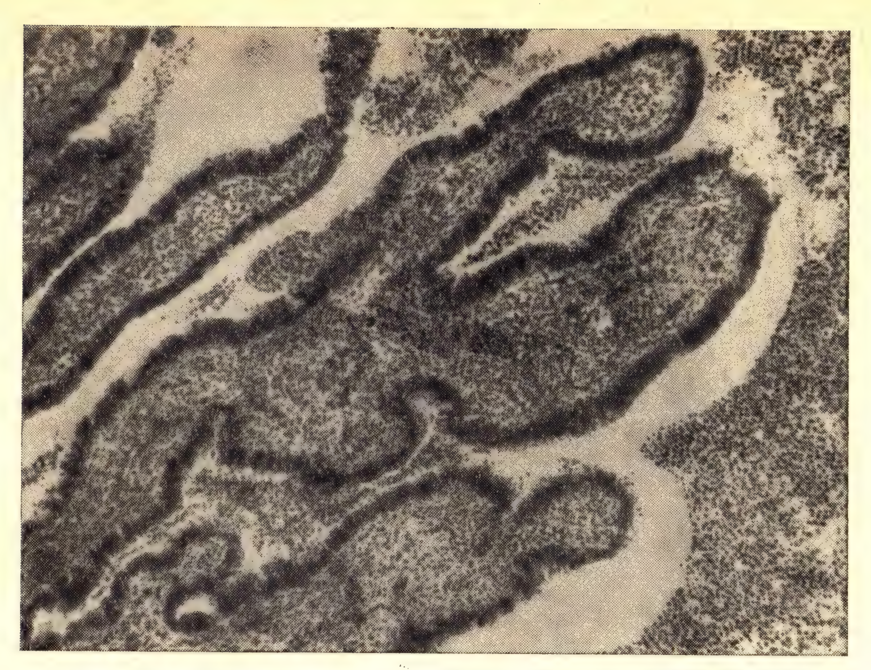


Рис. 71. Гонорейный сальпингит (острая стадия).

(и нецелесообразно) выделять симптоматологию сальпингита и оофорита. Однако патологоанатомические изменения в этих органах своеобразны и заслуживают отдельного описания.

Гонорейный сальпингит (обычно двусторонний) характеризуется многообразными изменениями — от поверхностных до глубоких, с образованием мешотчатых скоплений (saccosalpinx).

В начальной стадии острого воспаления отмечаются гиперемия слизистой оболочки, небольшое утолщение складок маточных труб. В просвете трубы появляется гнойный экссудат; скопление лейкоцитов обнаруживается также под эпителием трубных складок. В строме складок появляются инфильтраты из лейкоцитов, плазматических клеток, лимфоцитов (рис. 71). В дальнейшем эпителий слизистой оболочки трубы в ряде участков слущивается и складки склеиваются между собой.

В полости трубы скопляется экссудат; маточная труба резко увеличивается в объеме (длина ее достигает 15—20 см) и приобретает ретортообразную форму (рис. 72). Содержимое подобной трубы может быть серозным (гидросальпинкс — hydrosalpinx) (рис. 73) или гнойным (пиосальпинкс — pyosalpinx). Сактосальпинкс возникает в результате закупорки абдоминального и маточного концов маточной трубы. Механизм этого закрытия следующий: фимбрии в ампулярной части трубы набухают и плотно прилегают друг к другу; затем они втягиваются, заворачиваются внутрь трубы и слипаются своей брюшинной поверхностью. В других случаях закрытие трубы происходит вследствие срастания фимбрий с соседними органами (яичник, матка) и брюшиной. Заращение (или сужение) просвета трубы в истмической ее части происходит в результате слипания складок слизистой оболочки, лишенных эпителиального покрова.



Рис. 72. Мешотчатые образования придатков матки. Слева — гидросальпинкс, справа — тубовариальная опухоль.

Воспалительный процесс со слизистой оболочки распространяется на мышечный слой трубы и на серозный ее покров. Возможен переход инфекции непосредственно через абдоминальное отверстие маточной трубы (до ее заращения) и, что бывает реже, лимфогенно.

Образование сращений маточной трубы и яичника с соседними органами является серьезным осложнением гонореи верхнего отдела полового аппарата.

В ряде случаев гонорейный сальпингит не сопровождается столь глубокими нарушениями, ограничивается лишь поражением слизистой оболочки трубы и заканчивается выздоровлением без резких структурных нарушений маточных труб. Просвет маточной трубы сохраняется, инфильтраты рассасываются, детородная функция женщины не нарушается. Однако у ряда больных полного выздоровления не наступает; обнаженные от эпителия верхушки складок слизистой оболочки маточной трубы срастаются, так возникают мелкие замкнутые полости, в которых скопляется гной (salpingitis pseudofollicularis) (рис. 74 и 75). Образование сужений просвета трубы и нарушение ее перистальтики (поражение мышечного слоя, перисальпингит) могут повести к возникновению трубной беременности.

Если просвет маточной трубы закрывается, то, как указано выше, образуется гидро-и пиосальпинкс. Наступление беременности невозможно, больная страдает бесплодием.

Гонорейный оофорит возникает вслед за сальпингитом, поэтому в клинической практике мы наблюдаем обычно не изолированный сальпингит или оофорит, а сальпингоофорит.

Инфекция распространяется на яичник чаще всего по протяжению трубы, реже — лимфогенным путем. В первую очередь воспалительные изменения происходят в близлежащей брюшине (perioophoritis), а затем гонококк может проникать в фолликул (в момент овуляции) или в желтое тело. Образуются ложные фолликулярные абсцессы. Если они являются множественными, то следует думать о лимфогенном пути инфицирования. Иногда псевдоабсцесс, распространяясь за пределы фолликула, переходит



Рис. 73. Гидросальпинкс.

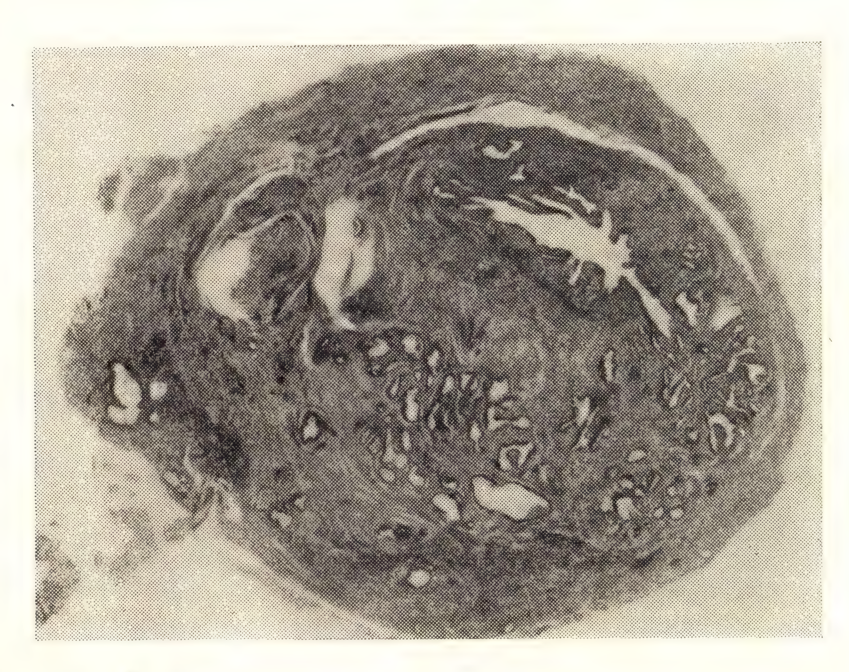


Рис. 74. Псевдофолликулярный сальпингит (хроническая стадия).

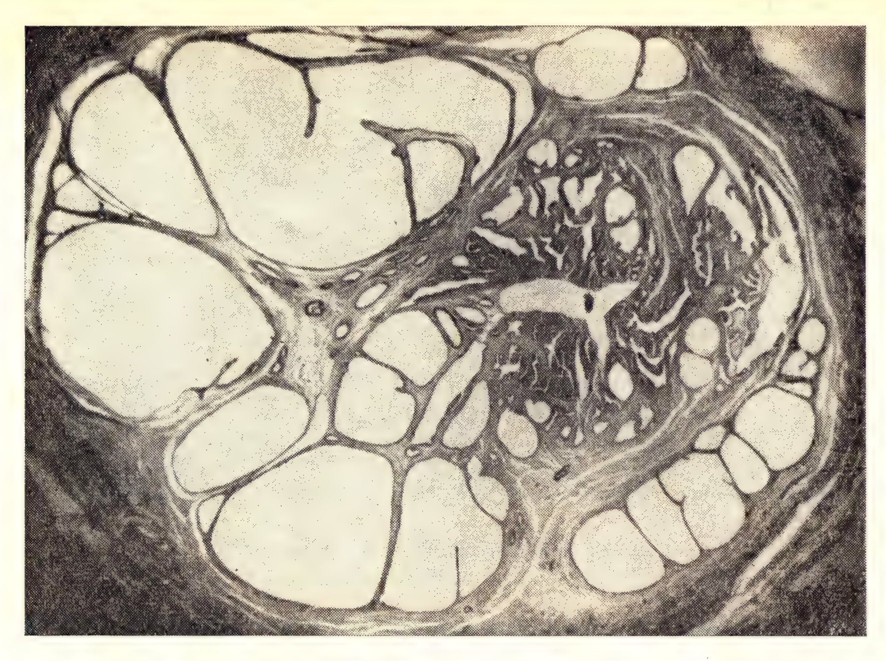


Рис. 75. Псевдофолликулярный сальпингит с переходом в гидросальпинкс.

в истинный абсцесс яичника. Гонококк может проникать и в ткань желтого тела также с последующим образованием гнойника.

Гидро-, пиосальпинкс и гнойник яичника (pyovarium) тесно прилегают друг к другу и могут срастаться. Если перегородка между этими органами разрушается, образуется так называемая трубно-яичниковая киста (cystis tuboovarialis). Форма таких кист ретортообразная или вытянуто-овальная; длина ее может быть до 15—20 см.

Гонорейный пельвиоперитонит (pelvioperitonitis gonorrhoica). Характерное свойство гонококка — способность вызывать в брюшине воспалительный процесс, в котором преобладают вначале экссудативные, а затем продуктивные явления. В связи с этими особенностями гонорейный перитонит бывает ограниченным (пельвиоперитонит) у большинства больных, так как образуются спайки с внутренними половыми органами, кишечником, сальником и брыжейкой (рис. 76). Разлитой гонорейный перитонит возникает весьма редко и заканчивается выздоровлением. Он характеризуется (в отличие от септического) очень резко выраженной болезненностью передней брюшной стенки и меньшими (по сравнению с септическим) явлениями интоксикации. При ограниченном тазовом перитоните изредка образуется скопление гноя в маточно-прямокишечном кармане. Этот абсцесс обычно вскрывается через задний свод влагалища или в прямую кишку. Кишечник и сальник хорошо ограничивают абсцесс от верхних отделов брюшной полости, и прорыв подобного гнойника в свободную брюшную полость наблюдается крайне редко. Гонорейный абсцесс нередко рассасывается с образованием спаек. Воспаление параметральной клетчатки (параметрит) не характерно для гонорейной инфекции — оно возникает обычно в результате вторичной септической инфекции.



Рис. 76. Тазовый слипчивый перитонит.

Симптоматология и клиническое течение гонореи верхнего отдела полового аппарата. Гонорея верхнего отдела полового аппарата характеризуется быстрым переходом инфекции из матки на маточные трубы, яичники, брюшину. Эта особенность восходящей гонореи не позволяет вполне четко выделить симптомы гонорейного эндометрита, сальпингоофорита и пельвиоперитонита. С этой существенной оговоркой мы и рассмотрим ниже симптоматологию и клиническое течение восходящей гонореи.

Симптомы гонорейного эндометрита весьма разнообразны. В одних случаях больные жалуются на тупые боли внизу живота и в крестце; общее состояние не нарушается; температура нормальная или субфебрильная. При осмотре с помощью зеркал отмечается усиление секреции из канала шейки матки; секрет в отличие от шеечного более жидкий, матка несколько увеличена, малоболезненна. В других, более тяжелых, случаях с первых же дней заболевания общее состояние больной значительно нарушается, температура повышается до 38—39°С. Боли внизу живота и в крестце очень сильные. При осмотре обнаруживают, что тело матки резко болезненно, увеличено.

Менструальный цикл часто нарушается — менструации задерживаются, бывают болезненными, обильными; иногда возникают ациклические кровотечения.

Болезненные симптомы хронического гонорейного эндометрита незначительны — тупые боли внизу живота, матка увеличена, плотна, не болезненна при пальпации. В редких случаях (у старых женщин) болезнь характеризуется длительным течением, что обусловлено отсутствием циклических процессов в матке, пониженной реактивностью организма и в связи с этим значительным поражением матки.

Переход гонорейной инфекции на маточные трубы и яичники часто проходит незаметно и выявляется лишь при обострении воспалительного процесса или обследовании женщины по поводу бесплодия. Однако у некоторых больных возникновение гонорейного сальпингита сопровождается тяжелыми симптомами: острыми болями в животе, в мезо- и гипогастральной области, тошнотой и рвотой, метеоризмом и задержкой дефекации.

К стр. 94

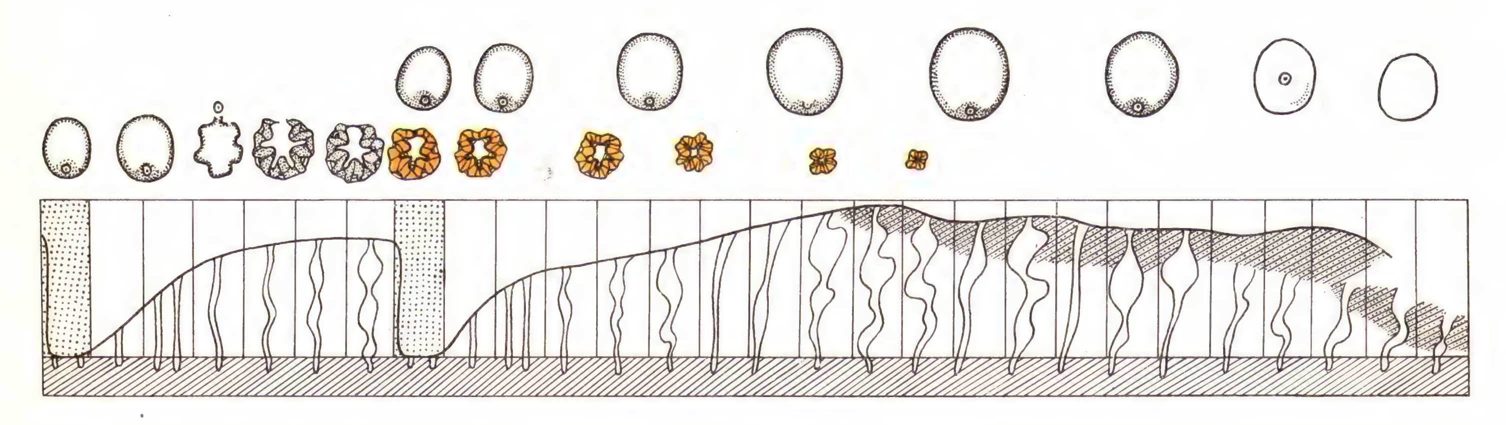


Рис. 47. Ановуляторный (однофазный) цикл.
Первый — яичниковый и маточный циклы нормальные. Второй — овуляции нет, персистенция фолликула. Эндометрий — железисто-кистозная гиперплазия, появление тромбов и некрозов.

К стр. 134

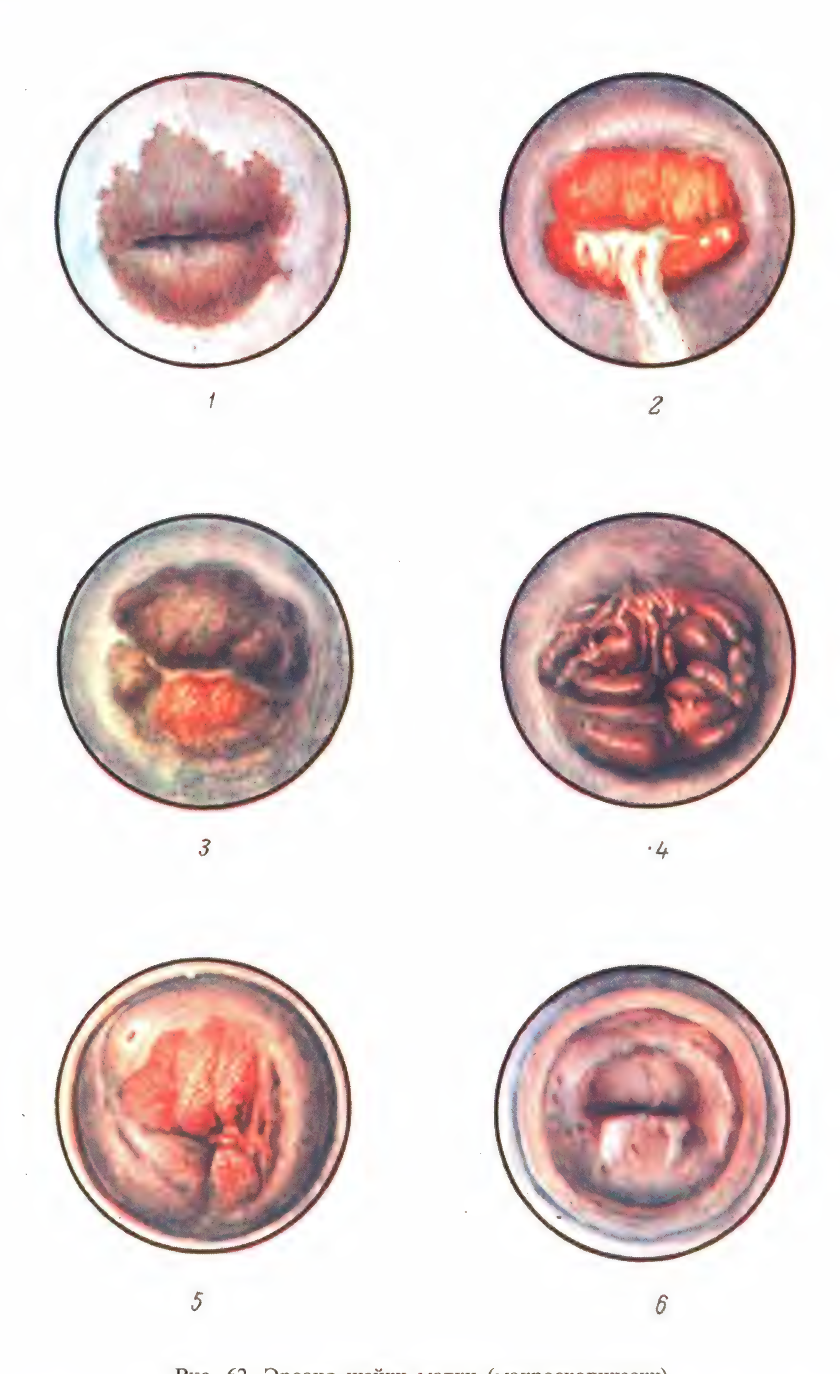
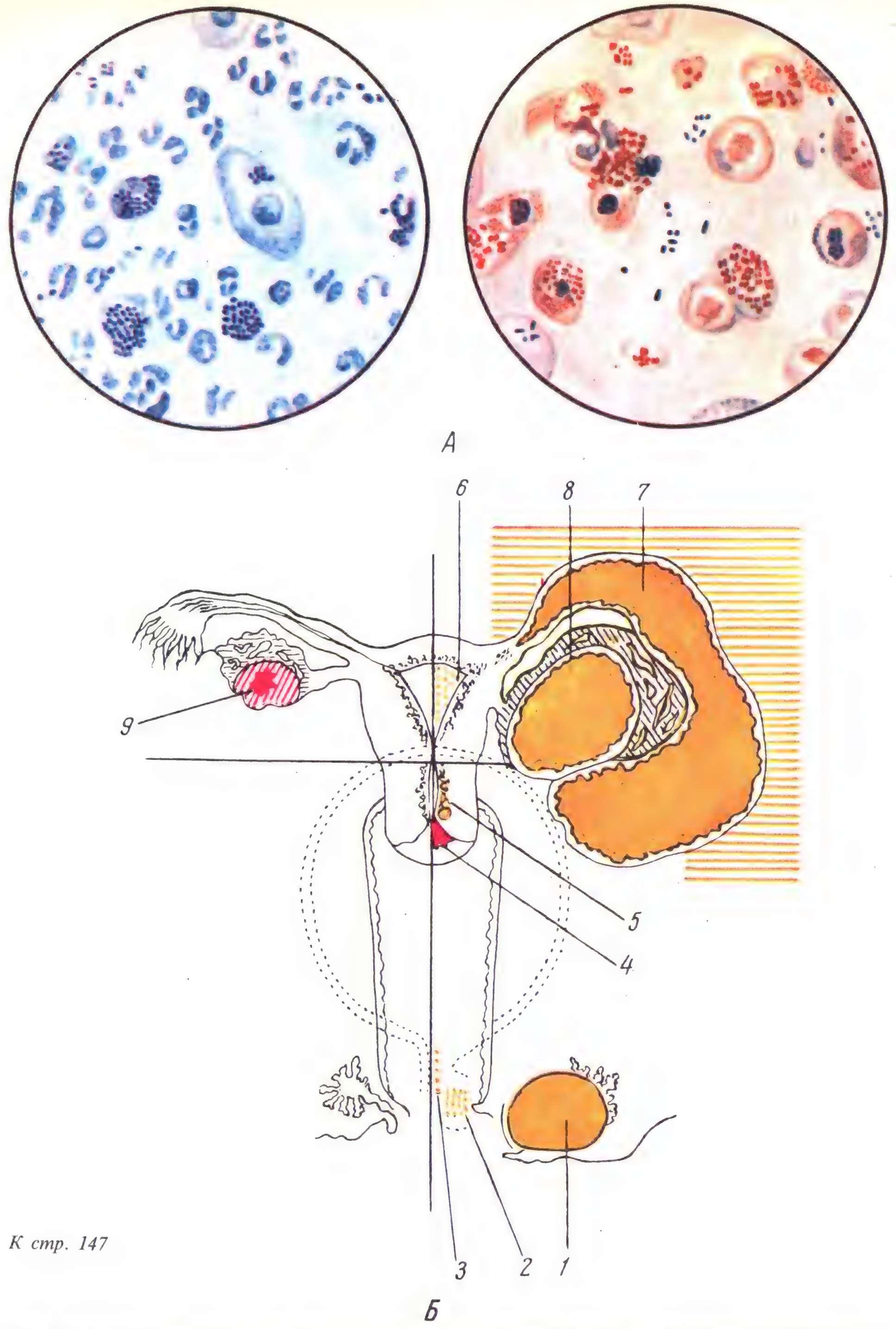


Рис. 62. Эрозия шейки матки (макроскопически).

1 — истинная эрозия; *2* — эктропион слизистой оболочки канала шейки матки при разрыве ее; *3* — псевдоэрозия шейки матки; *4* — псевдоэрозия; *5* — рак шейки матки; *6* — II стадия заживления эрозии шейки матки.



К стр. 147

Рис. 67. *А* — окраска гонококка метиленовым синим (слева) и окраска по Граму (справа); *Б* — схема гонорейных заболеваний женских половых органов.

1 — воспаление большой вестибулярной железы; *2* — парауретральный абсцесс; *3* — уретрит; *4* — эрозия шейки матки; *5* — эндоцервицит; *6* — эндометрит; *7* — пиосальпинкс; *8* — пиовариум; *9* — желтое тело.

Рис. 118. Лейкоплакия влагалищной части шейки матки.

К стр. 235



К стр. 244



Рис. 127. Рак шейки матки с распадом (цервикальная форма).

К стр. 246

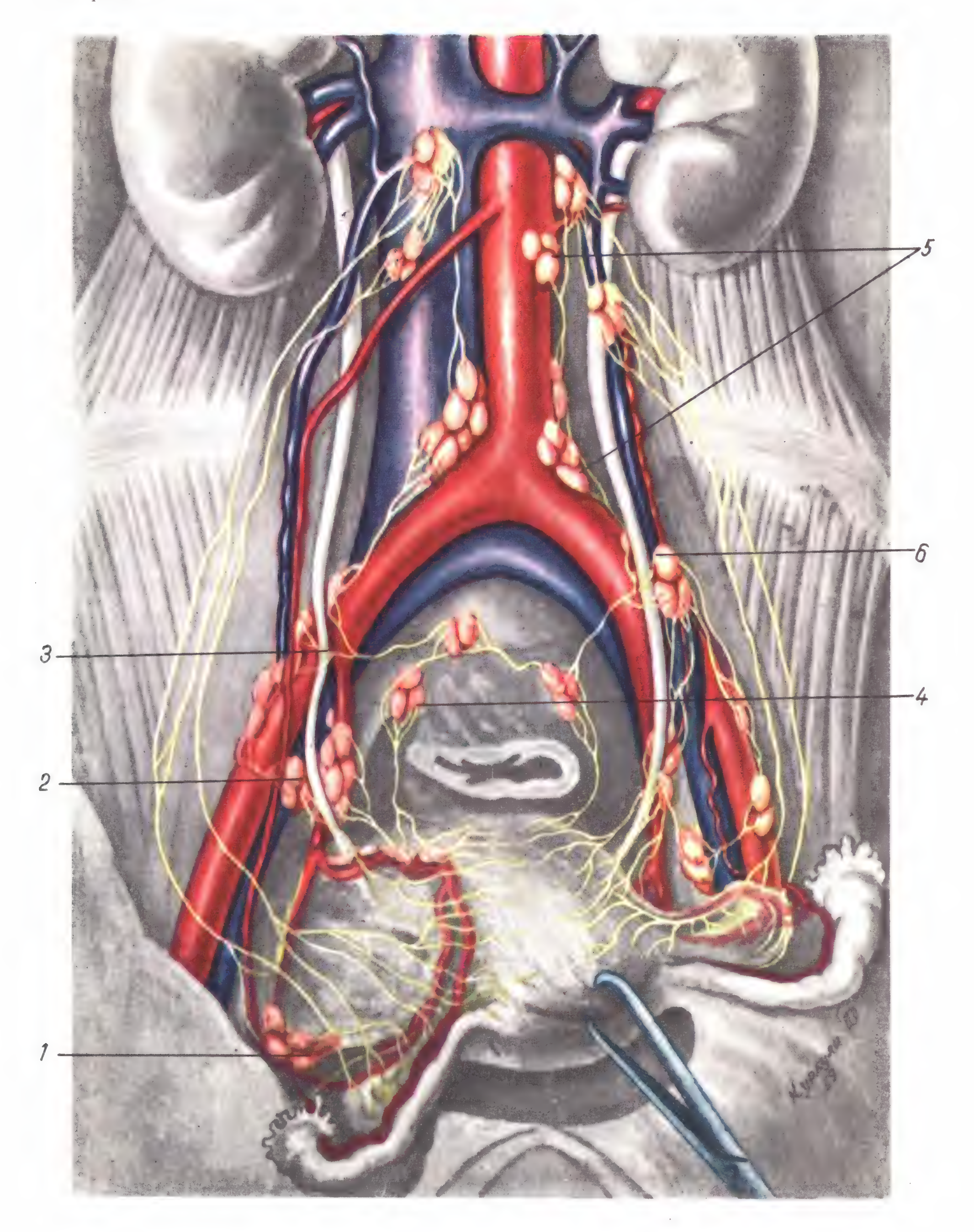


Рис. 130. Пути распространения рака внутренних половых органов по лимфатической системе.
1 — паховые узлы; *2* — подчревные узлы; *3* — подвздошные узлы; *4* — крестцовые узлы; *5* — поясничные узлы (нижние и верхние); *6* — мочеточник.

К стр. 248

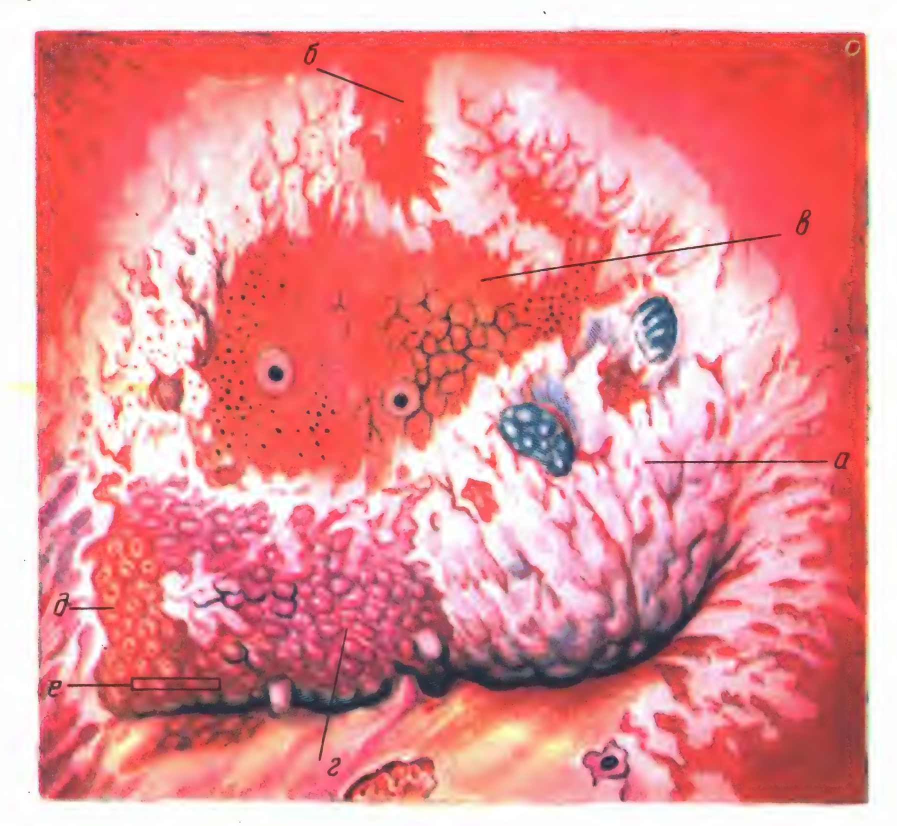


Рис. 131. Кольпоскопия при лейкоплакии и раке шейки матки.

а — обширная лейкоплакия; *б* — основа лейкоплакии; *в* — образование полей; *г* — сильноразвитая сеть сосудов; *д* — пробкообразные капилляры, возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки; *е* — место биопсии, при которой выявлена микрокарцинома.

К стр. 262



Рис. 146. Хорионэпителиома матки и стенки влагалища; текалютеиновые кисты яичников.

К стр. 308

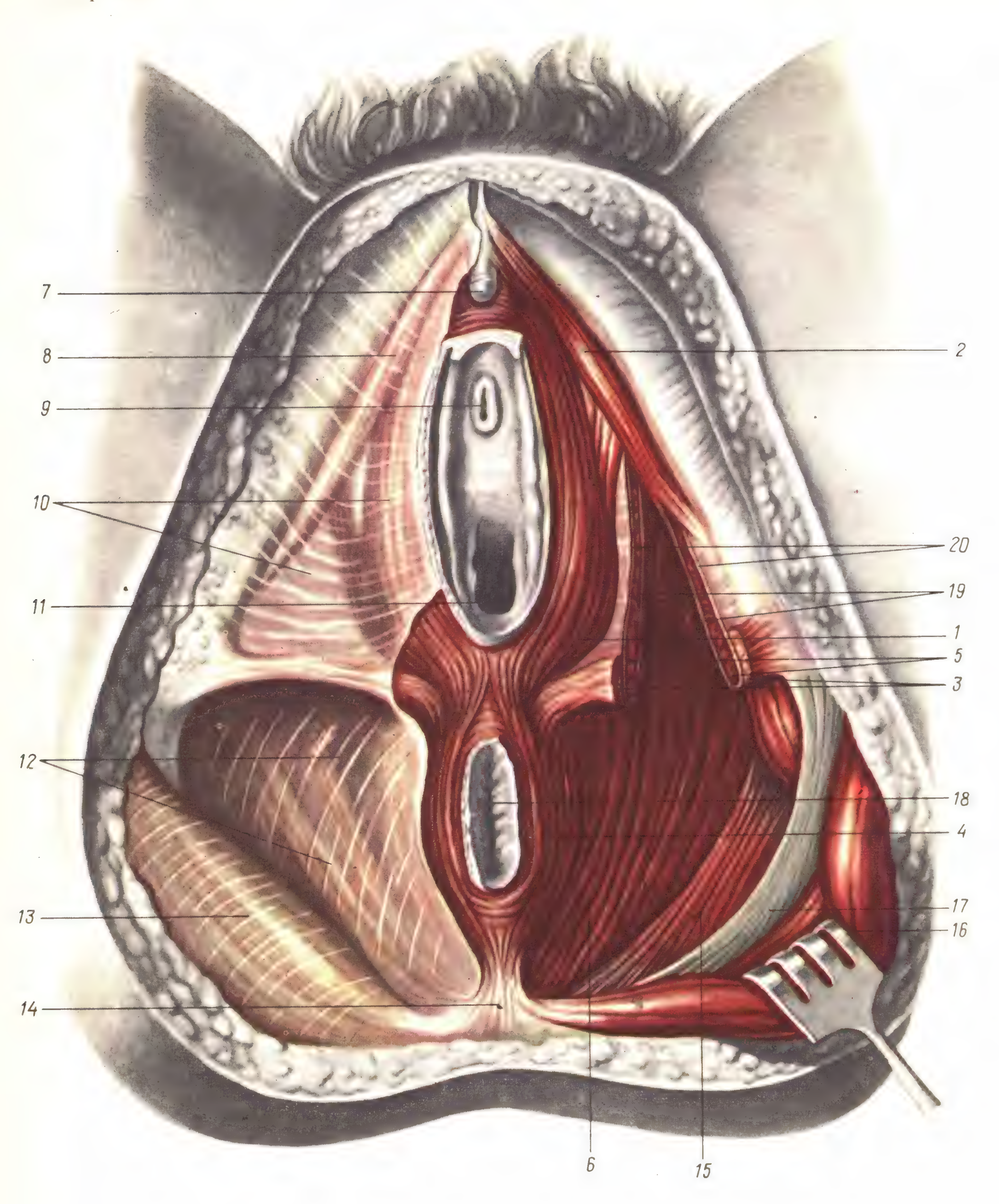


Рис. 179. Мышцы тазового дна.

1 — m. bulbo cavernosus; *2* — m. ischio-cavernosus; *3* — m. transversus perinei superficialis; *4* — sphincter ani externus; *5* — m. transversus perinei profundus; *6* — m. levator ani; *7* — glans siitoridis; *8* — fascia lata; *9* — orificium urethrae externus; *10* — fascia superficialis perinei; *11* — orificium vaginae; *12* — fascia diaphragmatis pelvis inferior; *13* — fascia glutea; *14* — lig. anococcygeum; *15* — lig. sacro-spinosum; *16* — m. gluteus maximus; *17* — lig. sacrotuberosum; *18* — anus; *19* — fascia diaphragmatis urogenitalis superior; *20* — fascia diaphragmatis urogenitalis inferior.

Температура тела достигает 38—39°С, пульс соответственно учащается, язык обложен, слегка суховат. Аппетит отсутствует, живот при пальпации резко болезнен. Симптом Щеткина — Блюмберга резко выражен в мезо- и гипогастральной области. Это острое заболевание нередко возникает во время менструации, после чрезмерного физического напряжения, аборта или родов.

Тяжелое состояние продолжается 5—7 дней, редко дольше, затем наступает улучшение. Температура постепенно снижается, становится субфебрильной, пульс замедляется, язык влажный; боли в животе уменьшаются, ограничиваются гипогастральной областью, дефекация менее болезненна, через 2—3 нед после начала заболевания оно переходит в подострую стадию.

При постепенном улучшении общего состояния может наступить выздоровление. Однако часто болезнь переходит в хроническую форму. Для хронической восходящей гонореи весьма характерны повторные обострения (при резком охлаждении, интеркуррентном заболевании, чрезмерном физическом напряжении).

Переход заболевания в хроническую форму сопровождается рядом болезненных симптомов, то уменьшающихся в своей интенсивности, то увеличивающихся в период обострения. При хронической форме восходящей гонореи могут наблюдаться следующие болезненные симптомы: а) нарушения общего состояния; б) болевые ощущения внизу живота, в пояснице; в) расстройства менструального цикла; г) повторные повышения температуры тела; д) бесплодие; е) нарушение функций соседних органов (мочевых путей, кишечника).

При длительном течении воспалительного процесса, повторных обострениях общее состояние больных нарушается: они становятся раздражительными, неуравновешенными, часто отмечается подавленное настроение. Кожные покровы и слизистые оболочки нередко бледной окраски, питание понижено. При исследовании крови обнаруживают гипохромную анемию.

Болевые ощущения — постоянный спутник как острой, так и хронической восходящей гонореи. В настоящее время установлено, что источником болевых ощущений могут быть не только брюшина (как думали раньше), но и внутренние органы, в том числе половые. Кроме того, характерными особенностями восходящей гонорейной инфекции являются возникновение пельвиоперитонита, образование спаек и нарушение подвижности половых органов (матки). Подобные изменения являются также причиной болевых ощущений, возникающих как самостоятельно, так и при половой жизни. Характер болей может быть разнообразным: колющие, рвущие, тянущие, схваткообразные. Боли в животе, пояснице часто усиливаются перед менструацией и во время нее, при сношении, физическом напряжении, длительной ходьбе, дефекации. Длительное существование болей, частое их обострение, нарушение трудоспособности ослабляют и травмируют больную.

Болезненные, обильные, нерегулярные менструации, ациклические кровотечения — частый симптом, отмечаемый у больных гонореей верхнего отдела полового аппарата. Аменорея возникает редко: при тяжелом базальном эндометрите, длительной интоксикации и резком нарушении общего состояния больной.

Повышение температуры возникает как в острой стадии воспалительного процесса, так и при обострении хронического заболевания. Гектический характер температурной кривой указывает на наличие гнойного

экссудативного воспаления и образование пиосальпинкса, пиовариума или абсцесса прямокишечно-маточного кармана брюшины. Длительная интоксикация в ряде случаев (как правило, при добавочной инфекции) может обусловить развитие амилоидоза.

Бесплодие — частое последствие гонорейного сальпингоофорита (закрытие просвета маточной трубы).

Нарушение функции мочевых путей выражается в учащенном, иногда болезненном, мочеиспускании. Дизурия зависит не только от уретрита и воспаления шейки мочевого пузыря, но и от смещения мочевого пузыря и изменения его емкости.

Расстройства функции желудочно-кишечного тракта выражаются в запорах, метеоризме, болях при дефекации.

Таким образом, хроническая восходящая гонорея и постгонорейные изменения могут обусловить значительное нарушение здоровья и трудоспособности женщины. Конечно, перечисленные выше болезненные симптомы не всегда резко выражены и возникают не у каждой больной, однако опасность развития этих осложнений нельзя недооценивать.

Гонорея во время беременности, родов и в послеродовом периоде

Заболевание гонореей может возникнуть до наступления беременности и во время нее.

Наличие острой гонореи при резко выраженных симптомах затрудняет или исключает половую жизнь и наступление беременности (гиперемия слизистой оболочки, повышенная секреция, изменение реакции содержимого влагалища). При латентно протекающей гонорее возникновение беременности вполне возможно. Распространение гонореи на верхний отдел полового аппарата наблюдается при беременности очень редко, преимущественно в первые 3—4 мес, когда плодное яйцо не заполняет еще всю полость матки. Заболевание гонореей во время беременности обычно проявляется резко выраженными симптомами. К ним относятся прежде всего обильные гнойные или слизисто-гнойные бели и учащенное болезненное мочеиспускание. При осмотре влагалищная часть шейки матки резко гиперемирована, часто эрозирована. Наряду с этим при беременности нередко возникает острый специфический кольпит и вульвовагинит, выражающийся в обильных гнойных выделениях из влагалища. При наличии гонореи во время родов в некоторых случаях отмечалась резкая болезненность схваток.

В послеродовом периоде при наличии лохий, имеющих щелочную реакцию, гонококки пышно разрастаются. Клиническое течение заболевания характеризуется малой выраженностью симптомов; температура остается нормальной или субфебрильной в течение 6—8 дней после родов. На 6—8-й день, а иногда на 2-й неделе после родов лохии становятся серозно-гнойными. Матка плохо сокращается, слегка болезненна при пальпации. Ввиду хорошего оттока выделений из матки гонорейный послеродовой метроэндометрит (в отличие от эндометрита вне беременности) не всегда сопровождается сальпингоофоритом. Если инфекция переходит за пределы матки или же имеется добавочная инфекция, то к концу 1-й или на 2-й неделе после родов наблюдаются более тяжелые клинические симптомы. Повышение температуры до 38—39°C, учащение пульса до 100—110 в минуту, боли внизу живота. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный; матка при влагалищном исследовании болезненна, лохии гнойные.

Через 7—8 дней явления раздражения брюшины уменьшаются, и при исследовании определяются утолщенные, болезненные трубы и яичники. Полное выздоровление может наступить и в этой стадии болезни. Однако у многих больных острый воспалительный процесс труб, яичников и тазовой брюшины переходит в хроническую форму. В дальнейшем (если не проводится лечение) наблюдаются неоднократные обострения болезни, вторичное бесплодие.

Метастатические формы гонореи

Поражение отдельных органов наблюдается очень редко; оно происходит в результате метастазирования гонококка из половых органов гематогенным или лимфогенным путем. Важнейшие формы метастатической гонореи: 1) сепсис; 2) моно- и полиневриты; 3) эндокардит; 4) моно- или полиартрит.

Диагностика гонореи

Как указывалось в начале этого раздела, при заболевании гонореей не часто наблюдается развитие ярких, более или менее характерных симптомов. Наоборот, в ряде случаев болезнь протекает торпидно.

Диагноз гонореи устанавливается на основании критического сопоставления данных анамнеза, объективного и лабораторного исследования. Важно помнить, что наиболее часто первичные очаги гонорейной инфекции локализуются в уретре и шейке матки (до 90%); появление симптомов уретрита и цервицита всегда должно фиксировать внимание врача. При этом необходимо учитывать, что как симптомы, так и объективные изменения при гонорее не являются строго специфичными; заболевания иной этиологии (септической, туберкулезной) тоже могут сопровождаться подобными изменениями. Окончательный диагноз гонореи можно считать установленным лишь при обнаружении гонококка. Из данных анамнеза важны сведения о начале заболевания (после первых дней половой жизни, перерыва в ней, случайного полового сношения), наличии обострений (при восходящей гонорее). При хронической гонорее нередки указания на повторные обострения болезни.

Важное диагностическое значение имеют также указания на нарушения менструальной функции и бесплодие — первичное или вторичное (после родов, аборта).

При гонорее в послеродовом периоде обращают внимание на сочетание указанных симптомов.

Большое значение для выявления этиологии заболевания имеет метод конфронтации — выявление источника заболевания (мужа, партнера). В случае заболевания детей очень важно обследование членов их семьи.

При собирании анамнеза необходимо соблюдать большую осторожность и тактичность.

После выяснения и критической оценки данных анамнеза приступают к объективному исследованию. Необходимо прежде всего произвести общее обследование больной и только после этого перейти к специальному гинекологическому исследованию. Его начинают с осмотра и пальпации передней брюшной стенки. При острой восходящей (гонорейной) инфекции половых органов определяют ограниченное участие брюшной стенки в ды-



Рис. 77. Ложечка для взятия секрета из уретры шейки матки.

Рис. 78. Пальпация больших вестибулярных желез.

хательных экскурсиях, положительный симптом Щеткина — Блюмберга в гипо- и мезогастральной области.

Диагностика гонореи нижнего отдела мочеполового аппарата. Приступая к обследованию наружных половых органов, начинают с осмотра (дерматит, изъязвления, остатки секрета), а затем осторожно очищают их от посторонних примесей с помощью сухих ватных шариков. Так как струя мочи может смыть гонококки, больная перед исследованием не должна мочиться в течение 3—5 ч. Для обследования уретры применяют следующий прием: левой рукой разводят половые губы и протирают ватным шариком окружность наружного отверстия уретры. Указательный палец правой руки вводят во влагалище и производят давление на уретру сзади наперед. Если секрет не выделяется, осуществляют двумя пальцами давление на уретру с боков. Если и при этом приеме секрет из уретры не выделяется, рекомендуется произвести легкий массаж уретры.

Каплю гноя из уретры берут желобоватым зондом или специальной тупой ложечкой (рис. 77) и наносят на два предметных стекла. Мазки фиксируют троекратным быстрым проведением предметного стекла над огнем горелки; препараты окрашивают эозином и метиленовым синим по Граму. Это необходимо потому, что в мазках, окрашенных метиленовым синим, гонококки лучше выявляются, а в мазках, окрашенных по Граму,— лучше дифференцируются.

Диагностика гонорейного цервицита. Зеркало осторожно вводят во влагалище и обнажают влагалищную часть шейки матки. Шейку матки и особенно область наружного зева протирают сухим ватным тампоном. Тупой ложечкой или длинным пинцетом со сдвинутыми браншами берут секрет из канала шейки матки (на 0,5—1 см выше наружного зева); нельзя вводить ложечку до уровня внутреннего зева, так как при этом можно внести инфекцию в матку (восходящая инфекция).

Диагностика воспаления большой вестибулярной железы. При пальпации железы и получения секрета пользуются следующим приемом: пальцами одной руки разводят малые половые губы, во влагалище вводят указательный палец второй руки, а большой палец кладут на наружную поверхность большой половой губы в нижней ее трети (рис. 78). С целью получения секрета надавливают на большую губу двумя пальцами: секрет берут стерильной петлей.

Диагностика гонорейного проктита. Диагноз гонорейного проктита может быть поставлен лишь после бактериоскопического исследования секрета. Секрет для исследования получают таким образом: кишку промывают 60—80 мл теплого (38—39°С) физиологического раствора из воронки или кружки Эсмарха, соединенной с трубкой со стеклянным наконечником или, лучше катетером с двойным током. Трубку или катетер вводят в кишку на глубину 4 см; промывную жидкость собирают в стакан. Гнойные или слизистые нити пинцетом наносят тонким слоем на предметное стекло и фиксируют препарат.

Диагностика других очагов гонорейной инфекции. Нередко гонококки гнездятся в слепых ходах-криптах, расположенных между уретрой и входом во влагалище, между клитором и уретрой, в области ладьевидной ямки. Для получения отделяемого из этих мест пользуются тонким пуговчатым зондом.

Нередко сочетание гонореи и трихомониаза, поэтому целесообразно (при соответствующих симптомах — см. с. 128) брать отделяемое влагалища для выявления трихомониаза и, наоборот, при симптомах, подозрительных на трихомониаз, обследовать больную и на гонорею.

Резюмируя данные о диагностике гонореи нижнего отдела мочеполового аппарата женщины, следует подчеркнуть, что сочетание уретрита и цервицита, цервицита и двустороннего воспаления больших вестибулярных желез, цервицита и уретрита с проктитом весьма подозрительно в отношении гонорейной инфекции.

Диагностика гонореи верхнего отдела полового аппарата. Изолированный эндометрит удается диагностировать весьма редко, так как инфекция очень быстро распространяется с матки на маточные трубы и яичники.

Распознавание гонорейного сальпингоофорита и тазового перитонита может быть затруднительным. О гонорейной этиологии воспаления следует подумать при наличии очагов инфекции в нижнем отделе мочеполового аппарата (в уретре, шейке матки, больших вестибулярных железах) и при двустороннем воспалении труб, яичников. Основные симптомы восходящей гонорейной инфекции указаны выше (см. с. 155). При влагалищном

исследовании в остром периоде болезни вследствие резкого напряжения брюшных стенок не удается пальпировать увеличенные маточные трубы и яичники. Попытка преодолеть сопротивление брюшных стенок и все же произвести глубокую пальпацию не должна иметь места. Необходимо помнить об опасности резкого ухудшения в состоянии больной вследствие разрушения образовавшихся спаек, поступления гноя в брюшную полость и прогрессирования воспалительного процесса.

В случае образования абсцесса прямокишечно-маточного кармана брюшины определяется шарообразное выпячивание заднего свода. Этиология этого абсцесса может быть подтверждена после исследования пунктата.

Развитие параметрита не характерно для изолированной гонорейной инфекции; он может возникнуть при септической инфекции или сочетания гонореи с добавочной инфекцией. При переходе воспалительного процесса труб и яичников в подострую или хроническую стадию удается пальпировать увеличенные маточные трубы и яичники; часто маточная труба не определяется отдельно. В случае образования мешотчатого скопления в маточной трубе (гидро- или пиосальпинкс) возникает необходимость дифференциальной диагностики с опухолями матки (миомой) и яичника (кистомой), параметритом и острым аппендицитом. Гидро- или пиосальпинкс, тубо-овариальная киста отличаются от указанных выше заболеваний следующими признаками: двусторонностью поражения, ретортообразной или овоидной формой, туго-эластической консистенцией, нечеткими контурами опухолевого образования; малой подвижностью и наличием обширных сращений (постгонорейные изменения).

Наоборот, для миомы матки (субсерозной) характерны такие признаки: округлая форма, плотная консистенция, множественность (часто), отсутствие болезненности и нормальная температура.

Кистома яичника обычно круглой формы, эластичной консистенции, с гладкой поверхностью.

Перекручивание ножки кистомы обычно не сопровождается значительным повышением температуры, если не происходит инфицирования опухоли.

В отличие от экссудативного параметрита сактосальпинкс не доходит до стенок таза, не имеет столь плотной консистенции, не сливается с нижними отделами ребер матки.

При остром аппендиците боли односторонние, часто сопровождаются рвотой, определяются признаки Щеткина — Блюмберга и Ровзинга. При гонорейном гидросальпинксе боли с обеих сторон живота и отсутствуют признаки, характерные для аппендицита (повторные приступы болей в правой подвздошной области, нарушение деятельности кишечника).

Таким образом, клиническое обследование больной позволяет поставить диагноз воспаления маточных труб, яичников и брюшины и высказать подозрение на гонорейную этиологию воспаления. Однако для уточнения диагноза требуется проведение ряда лабораторных методов исследования и провокации.

Лабораторные методы исследования

Для окончательной диагностики гонореи (нижнего и верхнего отдела полового аппарата) применяют лабораторные методы исследования: бактериоскопическое и бактериологическое исследование секрета, клиническое исследование крови и серологическую реакцию и провокацию.

Исследование секрета. При взятии мазков нужно строго соблюдать соответствующие технические правила, описанные выше. Ввиду многоочаговости поражения гонореей у женщин (в 60,4%) следует брать отделяемое из всех очагов возможного поражения— уретры, шейки матки, выводных протоков больших вестибулярных желез, прямой кишки. Нередко гонококки находятся в слизисто-гнойных нитях мочи, поэтому они также при необходимости должны быть исследованы. Крупные нити из свежей мочи можно извлечь гинекологическим пинцетом или петлей. Мелкие нити осаждаются с помощью центрифуги. Так как гонорея часто протекает как смешанная инфекция (в первую очередь с трихомониазом), то одновременно с исследованием секрета на гонококки рекомендуется провести обследование и на трихомониаз (см. с. 128). Мазки для исследования на выявление гонококка должны быть обязательно окрашены по Граму и метиленовым синим, однако окраска синим может быть лишь ориентировочной. При правильной окраске по методу Грама ядра лейкоцитов и эпителиальных клеток должны частично удерживать основную краску, т. е. должны быть частично окрашены в фиолетовый цвет, тогда как гонококки, обесцвеченные и окрашенные дополнительной краской, должны быть оранжево-красного цвета.

В процессе лечения антибиотиками и сульфаниламидными препаратами появляются атипичные формы гонококков: крупные, чаще шаровидные, величиной во много раз больше нормальных гонококков, и очень мелкие пылевидные, а также грамположительные; при хронической гонорее наблюдаются диплококки с неодинаковыми по величине и форме частями, L-формы гонококков. Окончательный диагноз ставится только на основании типичных форм, обнаруженных в мазках, окрашенных по способу Грама. В сомнительных случаях необходимо производить культуральное исследование.

Чтобы повысить число положительных находок, целесообразно применение бактериоскопического и культурального методов одновременно. Посев делается не ранее чем через 5—7 дней после приема антибиотиков или других антибактериальных препаратов и местного применения антисептических средств.

Гонорея в настоящее время весьма часто протекает как смешанная инфекция. Нахождение в выделениях посторонней микробной флоры не указывает на отсутствие гонококков. Поэтому цитобактериоскопический анализ мазков имеет лишь ориентировочное значение.

Клиническое исследование крови представляет известную ценность при определении стадии гонореи. Положительная реакция на С-реактивный белок и увеличение СОЭ наблюдаются в начале острой стадии и при обострении хронической стадии заболевания, часто до выраженных клинических признаков. Реакция на С-реактивный белок быстро исчезает, тогда как СОЭ долго остается повышенной. Об остроте воспалительного процесса говорит и повышение α-глобулиновых фракций (α_1 и α_2)! При тяжелом течении заболевания в острой его стадии возникает гипоальбуминемия.

Серологическая реакция. Реакция связывания комплемента по Борде — Жангу не имеет практического значения в диагностике гонореи; она может быть отрицательной при неосложненной гонорее нижнего отдела половых путей и при наличии замкнутых очагов инфекции в верхних отделах полового аппарата. Эта реакция остается положительной еще в течение длительного времени после выздоровления.

Методы провокации. Провокация при гонорее — искусственное обострение воспалительного процесса с целью обнаружения гонококков. Зна-

чительное увеличение секреции после провокации способствует «вымыванию» гонококков из глубины железистых ходов и повышает процент нахождения гонококков в мазках. Применение методов провокации показано при хронической форме гонореи или при наличии замкнутых очагов инфекции, перед культуральным обследованием. Повышение процента обнаружения гонококка возможно как естественным путем в дни менструации, так и с помощью различных методов провокации.

Взятие мазков из уретры и особенно из шейки матки на 2—4-й день менструации является ценным приемом для выявления гонореи. Искусственная активизация воспалительного процесса достигается следующими комбинированными способами:

а) биологический — однократное внутримышечное введение гоновакцины — 500 млн. микробных тел, молока, пирогенал. Более сильную реакцию дает введение гоновакцины в подслизистый слой уретры (100 млн. микробных тел) или в толщу шейки матки (500 млн. микробных тел), но этот метод следует применять только в стационарных условиях;

б) термический — применение индуктотермии с влагалищным электродом; 4—5 грязевых процедур («трусы», влагалищные тампоны);

в) химический — смазывание слизистой оболочки уретры прямой кишки 1% раствором, а слизистой оболочки канала шейки матки 5% раствором ляписа или люголевским раствором на глицерине:

Rp.: Jodi puri 1,0
Kalii jodati 2,0
Aq. destill. 3,0
Glycerini 94,0
MDS. Наружное

После применения указанных выше методов провокации необходимо брать мазки через 24, 48 и 72 ч. Следует категорически предостеречь от применения антибиотиков и сульфаниламидных препаратов до решения вопроса об этиологии заболевания. Наряду с этим необходимо воздержаться от поспешной постановки диагноза гонореи, если гонококк не обнаружен.

Прогноз. При гонорее нижнего отдела полового аппарата возможно полное выздоровление без каких-либо последующих нарушений функционального и анатомического характера. При гонорее верхнего отдела половых органов прогноз не всегда благоприятен. Полное восстановление здоровья наступает не во всех случаях; у ряда таких больных правильнее говорить не о выздоровлении, а о переходе в группу «практически здоровых».

После окончания специфического, а иногда и физиотерапевтического лечения остаются спайки, смещения органов, заращения маточных труб.

Лечение гонореи

Терапия гонореи, как правило, должна быть комбинированной, т. е. общей, местной и симптоматической, и состоять из применения антибиотиков, специфической и неспецифической иммунотерапии, местного воздействия на очаги воспаления и физиотерапевтических методов.

В острой стадии свежей гонореи нижнего и верхнего отделов полового аппарата больная подлежит лечению в условиях стационара. Это необходимо как для быстрейшей ликвидации болезни, так и для предотвращения опасности заражения других лиц. При обострении хронического гонорей-

ного процесса вопрос о госпитализации решается индивидуально; безусловной госпитализации подлежат лица, живущие в общежитиях.

Лечение больной с острой формой гонореи начинают с назначения следующих мероприятий: 1) постельный режим; 2) диета (запрещение спиртных напитков, острой пищи); 3) регулирование деятельности кишечника (при запорах — простокваша, чернослив, баталинская вода, 0,2 г фенолфталеина; 4) обильное питье. Кроме указанных выше мероприятий, каждой больной гонореей назначают в качестве общего лечения антибиотики.

При свежей гонорее нижнего отдела мочеполового аппарата в острой форме вводят пенициллин вначале по 600 000 ЕД в физиологическом растворе. Затем инъекции по 300 000 ЕД делают внутримышечно с интервалом 3—4 ч. Курсовая доза 3 000 000 ЕД. При свежей, торпидно-проходящей форме хронической стадии гонореи курсовую дозу пенициллина увеличивают до 4 200 000—6 000 000 ЕД. Днем вводят пенициллин в физиологическом растворе, на ночь — 600 000 ЕД пенициллина с собственной кровью больной (5 мл), что позволяет обеспечить пребывание пенициллина в организме в течение 10 ч. Одновременно проводят иммунотерапию (гоновакцина, пирогенал или продигиозан). Гоновакцину вводят внутримышечно начиная с 200 000 000 микробных тел (6—8 инъекций с интервалом в 2—3 дня).

После введения гоновакцины наступает отрицательная фаза (общая, очаговая и местная реакции). Общая реакция проявляется недомоганием, головной болью, повышением (через 6—8 ч) температуры; очаговая реакция выражается болью в области поражения, увеличением выделений из половых органов, местная реакция — болезненностью в области инъекции. Через 48—72 ч отрицательная реакция переходит в положительную, что клинически выражается исчезновением реакций на предыдущее введение вакцины. Максимальная разовая доза гоновакцины постепенно увеличивается до 2 млрд. микробных тел. В условиях стационара гоновакцину (начальная доза 50 млн. микробных тел) вводят в шейку матки, в подслизистый слой уретры, постепенно повышая дозу до 150—200 млн. микробных тел. После введения вакцины в очаг наблюдается общая и очаговая реакция. Максимальное повышение температуры отмечается через 2—4 ч после инъекции.

Инъекции пирогенала (через 1—2 дня) начинают с 15 МПД. Последующую дозу увеличивают на 25—50 МПД в зависимости от реакции. Курс лечения 6—15 инъекций через 1—2 дня. Максимальная доза 1000 МПД.

После введения пирогенала отмечается пирогенная и очаговая реакция. Повышение температуры наблюдается в течение 10—12 ч после инъекции с максимальным подъемом через 3—4 ч. При резко выраженной общей и местной реакции следующая доза пирогенала не повышается.

Продигиозан вводится внутримышечно начиная с 15 мкг. Последующие дозы увеличиваются на 10—15 мкг в зависимости от реакции организма. Применение продигиозана противопоказано при поражении центральной нервной системы, декомпенсации сердечно-сосудистой системы, тяжелых поражениях печени и почек, выраженном коронарокардиосклерозе, беременности, острых, лихорадочных заболеваниях.

Вместо пенициллина можно применять дюрантный препарат экмоновоциллин или перорально ампициллин, левомицетин, олететрин, эритромицин, канамицин. Экмоновоциллин вводят внутримышечно: при разовой дозе 600 000 ЕД с интервалом в 10—12 ч, при дозе 1 200 000 ЕД с интер-

валом в 24 ч. Курсовая доза при свежей гонорее в острой форме нижнего отдела мочеполового аппарата 3 000 000 ЕД. При свежей, торпидно протекающей форме, восходящей и хронической гонорее курсовая доза 4 200 000 ЕД — 6 000 000 в зависимости от тяжести и длительности процесса. Одновременно проводят иммунотерапию (гоновакцина, пирогенал, продигиозан). Ампициллин — полусинтетический антибиотик, выпускаемый в таблетках по 0,25 г. При свежей, остро протекающей гонорее нижнего отдела мочеполового аппарата назначают по 0,5 г с интервалом 4 ч; курсовая доза 2 г. При других формах гонореи курсовая доза 3,5—4,5 г в сочетании с иммунотерапией.

При неэффективности пенициллинотерапии не следует назначать повторно пенициллин даже в сочетании с другими антибиотиками. В случае устойчивости гонококков к пенициллину целесообразно применение левомицетина. При свежей, остропротекающей форме гонореи нижнего отдела мочеполовой системы препарат назначают в таблетках по 0,5 г (за 20—30 мин до еды) в течение первых 2 сут 6 раз в день через равные промежутки времени с ночным перерывом в 7—8 ч, в последующие дни — 4 раза в день. Курсовая доза 6 г. При острой, торпидно текущей, хронической и восходящей гонорее курсовая доза увеличивается до 8—10 г; одновременно проводится иммунотерапия (гоновакцина, пирогенал, продигиозан). Олететрин представляет собой комбинированную лекарственную форму тетрациклина с олеандомицином, близок к зарубежному аппарату сигмамицину. При свежей, остро протекающей форме гонореи нижнего отдела мочеполовой системы назначается внутрь в 1-й день 1 500 000 ЕД (первый прием 500 000 ЕД, последующие 4 приема по 250 000 ЕД), в остальные дни по 250 000 ЕД 4 раза в день, ночной перерыв 8 ч. Курсовая доза 4 000 000 ЕД. При острой, торпидной форме, хронической и восходящей гонорее курсовая доза 7 000 000 ЕД в сочетании с иммунотерапией.

Учитывая, что при гонорее нередко наблюдается смешанная инфекция (в частности, со стафилококком), целесообразно также применение эритромицина. При свежей остро протекающей форме гонореи эритромицин назначают внутрь первые 2 дня по 400 000 ЕД 6 раз в день, остальные дни по 400 000 ЕД 5 раз в день. Курсовая доза 8 800 000 ЕД. При свежей, торпидно протекающей, хронической и восходящей гонорее курсовую дозу эритромицина повышают до 12 800 000 ЕД и более в сочетании с иммунотерапией.

Канамицин при свежей, остро протекающей форме гонореи нижнего отдела половой системы назначают внутримышечно по 500 000 ЕД через 12 ч. Курсовая доза 2 000 000 ЕД, при других формах — от 3 000 000 до 6 000 000 ЕД в сочетании с иммунотерапией. Этот аппарат нельзя назначать одновременно с другим отонефротическим антибиотиком.

При непереносимости антибиотиков, безуспешной пенициллинотерапии назначают сульфаниламидные препараты пролонгированного действия (сульфаменотоксин, сульфадиметоксин): первые 2 дня — по 1,5 г 3 раза в сутки через равные промежутки времени, а в последующие дни — по 1 г 3 раза в сутки. Курсовая доза при свежей, остро протекающей гонорее 14—15 г, при других формах — 18—20 г.

Противопоказания к применению вакцинотерапии и пирогенала: активный туберкулез, органические поражения сердечно-сосудистой системы, гипертоническая болезнь, тяжелые заболевания почек и печени, истощение, тяжелая анемия. Следует также воздержаться от вакцинотерапии при резкой болезненности в очагах поражения, значительном нарушении общего состояния. У подобных больных целесообразна аутогемотерапия; при

этом производят внутримышечные инъекции крови, полученной из вены больной. Начинают с инъекции 3—5 мл, каждую последующую дозу увеличивают в $1^{1}/_{2}$—2 раза; инъекции производят с промежутками в 1—2 сут; число инъекций 5—6. Аутогемотерапия менее активна, чем вакцинотерапия, но дает выраженный болеутоляющий эффект, проявляющийся через 5—6 ч после инъекции.

При успешном лечении антибиотиками гонококки часто не обнаруживаются при исследовании в оптическом микроскопе уже через 3—6 ч после приема препарата. При электронно-микроскопии через 30 мин, 3 и 6 ч после приема препарата отмечаются некоторые особенности взаимоотношений организма с гонококками и различные морфологические изменения гонококков. Так, для чувствительных штаммов в процессе лечения характерен выраженный лизис гонококков внутри полинуклеаров. У гонококков с пониженной чувствительностью к пенициллину наблюдаются выраженный полиморфизм и склонность к L-трансформации, сохраняющейся в культурах. В гное преобладает незавершенный фагоцитоз, гонококки без особых изменений. В процессе лечения пенициллином и эритромицином наблюдается усиление фагоцитарной активности полинуклеаров; в эпителиальных клетках лизиса гонококков не обнаруживается. При успешном лечении антибиотиками, электронно-микроскопическом исследовании через 6 ч после приема препарата отмечается исчезновение неизмененных гонококков и появление большого количества крупных фагосом с остаточными тельцами в полинуклеарах.

Клинические симптомы выздоровления отмечаются позже. Воспалительные явления в течение 5—7 дней резко уменьшаются, выделения становятся скудными, слизистыми. Через 7—10 дней после лечения антибиотиками приступают к установлению излеченности (см. с. 175). Однако у ряда больных улучшение оказывается кратковременным; спустя 7—8 дней после окончания лечения выделения из уретры и шейки матки усиливаются и в выделениях обнаруживаются гонококки. Таких больных необходимо тщательно обследовать с целью выявления новых или скрытых очагов парауретральные ходы, крипты).

Если в первом курсе лечения применяли пенициллин, то следует назначить другой антибиотик (см. выше).

У некоторых больных как побочное явление (на 4—10-й день после начала лечения антибиотиками) возникают поражения слизистых оболочек — стоматит, глоссит, вульвовагинит, обусловленные дрожжеподобным грибом рода Candida. У подобных больных отменяют антибиотики, назначают нистатин (по 500 000 — 1 000 000 ЕД в 4—5 приемов), полоскание полости рта 3% раствором соды с последующим смазыванием языка 1% водным раствором метилвиолета и генцианвиолета, введение во влагалище (3 раза в день) свечей, влагалищных шариков, содержащих 100 000 ЕД нистатина (курс лечения длится до 2 нед), смазывание слизистой оболочки влагалища 10—20% раствором буры с глицерином, 2% раствором генцианвиолета, смазывание вульвы нистатиновой мазью. Необходимо провести 3 курса лечения кандидамикотического вульвовагинита с перерывами в 1 нед между первым и вторым и 2 нед между вторым и третьим курсом лечения. Длительность второго курса лечения (при отсутствии гриба) может быть сокращена до 10, а третьего — до 7 дней.

Местное лечение уретры начинают не раньше чем через 2 нед от начала лечения.

При терапии в послеродовом периоде требуется контроль за состоянием как матери, так и новорожденного. Местное лечение уретры и прямой

кишки проводят не ранее 10 дней после родов по общим правилам, лечение шейки матки не ранее 3—4 нед после родов.

Иммунотерапия применяется при торпидном течении гонореи, в хронической стадии заболевания и при восходящей гонорее наряду с антибиотиками и местным лечением. В амбулаторных условиях антибиотики назначают одновременно с иммунотерапией; в стационаре начинают с местного лечения и иммунотерапии, а затем применяют антибиотики.

В любой стадии гонореи, кроме общего лечения, проводят симптоматическую терапию (болеутоляющие, кровоостанавливающие) и гигиенические мероприятия в отношении половых органов. Наружные половые органы подмывают 2—4 раза в день в зависимости от интенсивности выделений теплым (38—39° С) раствором перманганата калия 2 : 10 000 (для приготовления 1 л такого раствора к теплой воде прибавляют 2 мл 5% раствора перманганата калия).

Влагалищное спринцевание тем же раствором или молочной кислотой (1 столовая ложка молочной кислоты на 1 л кипяченой воды температуры 38—39°С) применяют лишь после исчезновения острых воспалительных изменений наружных половых органов.

Как указывалось выше, лечение гонореи должно быть комплексным. Поэтому у большинства больных рекомендуется сочетать методы общей терапии с лечением очагов инфекции.

Лечение гонорейного уретрита. В острой стадии заболевания и при общей восходящей гонорее местное лечение не рекомендуется. В подострой стадии (при затухании острых воспалительных явлений, но не ранее 2 нед от начала заболевания) промывают уретру раствором перманганата калия 1 : 5000 — 1 : 10 000 температуры 38—40°С (для приготовления раствора 1 : 5000 надо взять 4 мл 5% раствора перманганата калия на 1 л кипяченой воды; чем острее воспалительные явления, тем слабее должна быть концентрация раствора для промывания) и инстиллируют в уретру 1—2% раствор протаргола. Для инстилляции применяют спринцовку Тарновского или шприц Люэра, на который надевают резиновый колпачок от шприца Тарновского. Перед инстилляцией больная не должна мочиться. Резиновый колпачок шприца Тарновского прижимают к наружному отверстию уретры и под слабым давлением вводят 3—5 мл раствора, который удерживается в уретре 2—3 мин. Через 10 мин больная мочится. Инстилляцию повторяют не раньше чем через 48 ч.

К местному лечению уретры приступают в послеродовом периоде не раньше 10-го дня после родов.

При хроническом гонорейном уретрите смазывают уретру 1% раствором ляписа. В случае обнаружения выделений из парауретральных ходов или гонококков в криптах производят электрокоагуляцию этих ходов и крипт. В процессе лечения еженедельно делают контрольное бактериоскопическое исследование мазков.

Лечение цервицита. В острой стадии гонореи нижнего и верхнего отделов полового аппарата местное лечение шейки матки не применяют. В подострой стадии делают ванночки из 3—5% раствора протаргола, постепенно повышая концентрацию.

Техника ванночек. Во влагалище вводят зеркала и вливают протаргол; первую порцию сразу же выливают и заменяют свежей. Продолжительность ванночки 5 мин. В хронической стадии цервицита смазывают канал шейки матки зондом, обмотанным ватой, смоченной сначала 10% раствором соды, а затем 2—5% раствором нитрата серебра. Смазывание слизистой оболочки шейки матки делают через 3—5 дней. При хро-

ническом цервиците производят регионарное введение гоновакцины (в стационаре!) или собственной крови (4 мл) больной в толщу матки.

Во время менструаций применение ванночек, инъекций и смазываний канала шейки матки противопоказано. Если на влагалищной части шейки матки имеются ovula Nabothi, их вскрывают так называемым скарификатором или кончиком скальпеля. При наличии длительно существующей рецидивирующей эрозии целесообразно применить электрокоагуляцию. Однако всегда требуется предварительно произвести биопсию и гистологическое исследование с целью исключения рака.

Лечение воспаления большой вестибулярной железы. В острой стадии рекомендуются покой, УВЧ, сидячие теплые (38—38°С) ванны с раствором перманганата калия (1 столовая ложка 2% раствора перманганата калия на 1 л воды) или с настоем ромашки. При резком нарастании псевдоабсцесса и воспалении окружающей клетчатки показано вскрытие болезненного очага. В подострой и хронической стадиях применяют аутогемотерапию: область железы смазывают йодной настойкой и в толщу половой губы над и под абсцессом вводят по 2—3 мл крови. Инъекции делают 3—4 раза с промежутками в 2 дня. Эти инъекции противопоказаны во время беременности.

При рецидивирующем псевдоабсцессе железы нельзя ограничиться ее вскрытием, а нужно произвести вылущивание железы.

Лечение вульвита, вульвовагинита, кольпита. Как указывалось выше, воспаление вульвы и влагалища у половозрелой женщины возникает чаще всего вторично и не является специфическим. Кроме систематических подмываний и спринцеваний, с гигиенической целью назначают сидячие теплые ванны (38—39°С), слизистую оболочку вульвы и влагалища смазывают 3% раствором протаргола. При обнаружении трихомонад показано соответствующее лечение (см. с. 130). Мелкие углубления (крипты) в окружности наружного отверстия уретры, в ладьевидной ямке прижигают ляписом (на тонком зонде) или производят электрокоагуляцию.

Лечение проктита. Во всех стадиях проктита назначают свечи с протарголом (по 0,02 г на свечу). В прямую кишку вводят через день с помощью резиновой груши или спринцовки Тарновского 40—50 мл 2—3% раствора протаргола или колларгола. В послеродовом периоде это лечение можно применять с 10-го дня после родов.

В хронической стадии вводят регионарно (от 100 до 300 млн. микробных тел) гоновакцину и смазывают через ректальное зеркало слизистую оболочку кишки 2—3% раствором ляписа. Регионарное введение вакцины при беременности противопоказано.

Лечение гонореи верхнего отдела полового аппарата. В острой стадии восходящей гонореи необходимо прежде всего соблюдать все те правила, которые указаны в начале этого раздела, т. е. постельный режим, диету, регулировать деятельность кишечника. Общее лечение состоит в назначении пенициллина.

Обычно острая восходящая гонорея быстро распространяется на брюшину; больные страдают от болей в животе, метеоризма, задержки дефекации. Поэтому, кроме строгого постельного режима и антибиотиков, применяют аутогемотерапию (по 5 мл), белладонну в свечах, микроклизмы из 10% гипертонического раствора хлорида натрия температуры 40°С (80—100 мл), масляные клизмы (полстакана), карболен. Назначение слабительных в этой стадии болезни противопоказано.

Появление ремиттирующей температуры и значительного лейкоцитоза при наличии экссудата в прямокишечно-маточном кармане брюшины сви-

детельствует об образовании абсцесса или пиосальпинкса. Дифференциально-диагностические признаки абсцесса и пиосальпинкса указаны на с. 142. При диагнозе абсцесса необходима пункция, а в случае получения гноя — кольпотомия. Это приводит к понижению температуры и значительному улучшению состояния больной. При наличии пиосальпинкса, прилежащего к заднему своду, целесообразно произвести пункцию через задний свод, исследовать пунктат бактериоскопически (а затем и бактериологически) и ввести через ту же иглу пенициллин. Следует категорически предостеречь от вскрытия пиосальпинкса путем кольпотомии, так как после этого возникает гнойный свищ, который не закрывается в течение нескольких месяцев.

Строгий постельный режим, применение антибиотиков, хороший уход создают условия для постепенного улучшения состояния больной; температура снижается, боли в животе уменьшаются.

В хронической стадии восходящей гонореи рекомендуется комбинированное лечение: антибиотики и иммунотерапия.

Для ускорения регенеративных процессов целесообразно применить физиотерапевтическое лечение. Конечно, при этом необходим систематический контроль за общим состоянием больной, ее температурой, повторное (через 5—7 дней) исследование крови; необходимо учитывать также данные гинекологического исследования. Показания, противопоказания, методика и техника физиотерапии в различных стадиях воспалительного процесса подробно описаны в разделе «Физиотерапевтические методы лечения гинекологических заболеваний» (см. с. 180).

Во время менструаций продолжают терапию антибиотиками и местное лечение уретры; лечение шейки матки прекращают.

При гонорее у беременной применяют антибиотики; во второй половине беременности курсовую дозу пенициллина увеличивают в $1^1/_2$—2 раза. В первые 2—3 мес беременности вакцинотерапия противопоказана, так же как и местная терапия шейки матки и аутогемотерапия при воспалении большой вестибулярной железы. В дальнейшем при показании к иммунотерапии применяют аутогемотерапию (внутримышечно); местное лечение шейки матки не проводится.

При метастатических формах гонореи показано введение пенициллина (ежедневно не менее 600 000 ЕД) до ликвидации острых явлений.

Больные свежей гонореей, источник которой остался невыявленным, и за которыми невозможно установить длительное диспансерное наблюдение (без определенного места жительства, ведущие аморальный образ жизни), подлежат превентивному противосифилитическому лечению в условиях стационара. Больные гонореей с невыявленным источником заражения, но имеющие постоянное место жительства и работы, подлежат лечению указанными выше средствами (антибиотики, иммунотерапия).

Оперативное лечение. Оперативное лечение больных восходящей гонореей показано крайне редко. Показания к оперативному лечению возникают лишь в следующих случаях: а) при абсцессе прямокишечно-маточного кармана брюшины; б) при наличии больших сактосальпинксов, обусловливающих повторные обострения болезни с длительной утратой трудоспособности (если повторное физиотерапевтическое или курортное грязелечение безуспешно; в) при трубно-кишечных и трубно-пузырных свищах и прогрессирующей интоксикации; г) при прогрессирующих пиосальпинксах и опасности прорыва гноя в брюшную полость (общая интоксикация, резкая болезненность, быстрое увеличение объема маточной трубы).

Постгонорейные воспалительные заболевания. У некоторых больных и после окончания лечения остаются воспалительные изменения уретры, шейки матки, маточных труб, яичников, брюшины, которые называют постгонорейными. Многие авторы считают их результатом рецидива болезни или проявлением добавочной негонорейной инфекции (в частности, трихомонадной). Однако против рецидива инфекции говорит то, что при половой жизни подобные больные не являются источником заражения. Наряду с этим необходимо тщательное обследование с целью выявления вторичной инфекции (например, стрепто-стафилококковой, трихомонадной, дрожжеподобными грибами, вирусами и L-формами бактерий).

Причиной стойкости постгонорейных изменений является преобладание продуктивного воспалительного процесса и его последствий (рубцы, сращения, изменения положения органов). Длительно существующие боли, возможно, обусловлены изменениями в рецепторах половой системы, возникновением следового раздражения в нервной системе, аутоаллергией. Наряду с этим необходимо учесть, что отсутствие микробов и трихомонад делают весьма вероятным предположение о вирусной этиологии заболевания. При наличии метастатических поражений (артрит, конъюнктивит) предположение о вирусной этиологии заболевания становится достаточно обоснованным. Лечение постгонорейных изменений заключается в устранении чрезмерных раздражителей (воздержание от половой жизни, спиртных напитков) в течение нескольких месяцев, применении неспецифических средств общего действия (аутогемотерапия, экстракт алоэ), физиотерапевтических процедур. При выборе антибиотиков и сульфаниламидных препаратов необходимо учитывать особенности инфекционного агента и его чувствительность к этим средствам. При подозрении на вирусную этиологию заболевания показано лечение тетрациклином, террамицином по 0,2 г (первые 3 дня по 0,3 г) 5 раз в сутки в течение 5—10 дней (в зависимости от тяжести поражения).

При неуспехе 2—3 курсов физиотерапевтического лечения возникают показания к внекурортному или курортному грязелечению (иловые, торфяные грязи).

Критерий излеченности. Термином «излеченность от гонореи» определяется отсутствие гонококка в выделениях и установление того, что женщина не может быть источником заражения.

Для решения вопроса об излеченности ежемесячно (лучше во время менструаций) обследуют больную в течение 3 мес после окончания лечения. Если обследование проводится вне менструации, то, кроме клинического исследования, применяют различные способы активирования инфекции — так называемую провокацию. С целью провокации вводят внутримышечно гоновакцину (500 млн. микробных тел), слизистую оболочку уретры и прямой кишки смазывают 1% раствором Люголя на глицерине, а канал шейки матки — 3—5% раствором ляписа. После смазывания слизистой оболочки уретры больная не должна мочиться в течение 2—3 ч. Мазки для исследования секрета берут из указанных выше мест (и дополнительно из других очагов-крипт, отверстий выводных протоков больших вестибулярных желез, если они были поражены) через 24, 48 и 72 ч после провокации.

Если обследование делают во время менструации, то мазки из шейки матки берут на 2-й и 4-й день менструации. При отсутствии в мазках гонококков в течение 3 мес после окончания лечения больная считается излеченной (точнее, практически здоровой) и ее снимают с учета венерологического диспансера (если источник заболевания был выявлен). Если

источник заражения не был выявлен, больные должны находиться под наблюдением врача в течение 6 мес для повторного (раз в месяц) исследования крови на сифилис.

Трудоспособность

При гонорее нижнего отдела полового аппарата прогноз лечения вполне благоприятный и трудоспособность полностью восстанавливается. При гонорее верхнего отдела полового аппарата полное излечение наступает не всегда. Поэтому вопрос о восстановлении трудоспособности решается строго индивидуально. Если остаются постгонорейные воспалительные изменения маточных труб, смещения органов, внутрибрюшные спайки, то больная, занимающаяся физическим трудом, может быть переведена на более легкую работу (так называемая профессиональная нетрудоспособность).

Гонорея девочек

Гонорея девочек значительно отличается от гонореи взрослых как по способам заражения и клиническому течению, так и по методам диагностики и терапии.

Заражение девочек, как правило (в 85—95% случаев), происходит внеполовым путем — от матерей, сестер, родственниц при пользовании общей постелью, тазом и т. п.

В отличие от взрослых, первичные очаги гонореи у девочек локализуются не только в уретре, парауретральных ходах, шейке матки и прямой кишке, но прежде всего в преддверии влагалища и во влагалище.

Гонорею девочек, так же как и гонорею взрослых, разделяют на гонорею нижнего отдела и верхнего отдела половых путей.

Инкубационный период болезни, как и у взрослых, длится 2—4 дня, иногда дольше. Свежая гонорея может протекать остро или же сразу принимает торпидное (вялое) течение. Хроническая гонорея (длительностью свыше 2 мес) не отличается особыми симптомами и нередко (в 10% случаев) сопровождается рецидивами.

Гонорейный вестибулит (vestibulitis gonorrhoica) и кольпит (kolpitis gonorrhoica). Это наиболее частая и характерная локализация гонореи у девочек. Симптомы острого заболевания: разлитой отек и гиперемия преддверия. Через 2—3 нед слизистая оболочка бледнеет, остается покраснение в области больших вестибулярных желез, на внутренней поверхности малых половых губ.

Кольпит. В острой стадии кольпита при выраженности симптомов слизистая оболочка влагалища отечна, резко гиперемирована, имеются обильные зеленого цвета гнойные выделения. При торпидной форме слизистая оболочка влагалища не изменена и лишь отдельные участки несколько гиперемированы; выделения обильные, гнойные. При хронической форме кольпита на поверхности стенки влагалища выделяются множественные ярко-красного цвета зерна — так называемый гранулезный кольпит.

Гонорейный уретрит (uretritis gonorrhoica». Уретрит является первичным очагом острой гонореи у 75% девочек. Проявляется он в виде гиперемии и отека слизистой оболочки и губок уретры, гнойными выделениями. Мочеиспускание болезненно (ребенок плачет), учащено. Острые явления стихают через 1—2 нед, однако отек уретральных губок и гиперемия сли-

зистой оболочки остаются. Те же симптомы характерны для часто наблюдающегося хронического уретрита. При торпидной форме уретрита болезненные симптомы с первых же дней инфицирования весьма незначительны. Гонорейный цистит и бартолинит встречаются редко.

Гонорейный цервицит (cervicitis, endocervicitis gonorrhoica). Гонорейный цервицит возникает у девочек нередко — у 50—60% зараженных гонореей. В острой стадии заболевания шейка матки резко гиперемирована, отечна; из канала ее вытекает гной. В хронической стадии цервицита шейка матки имеет синюшный оттенок. Течение цервицита у девочек весьма длительное, наблюдаются рецидивы.

Гонорейный проктит (proctitis gonorrhoica). Проктит наблюдается при острой гонорее у 60% и при хронической у 40% девочек. Симптомы острого и хронического проктита у них такие же, как и у взрослых.

Гонорея верхнего отдела полового аппарата у девочек. Эта локализация гонореи у девочек наблюдается редко. В отличие от взрослых поражения суставов у девочек чаще множественны, но, как и другие формы метастатической гонореи, наблюдаются весьма редко.

Диагностика. При постановке диагноза гонореи у девочек нужно обратить внимание на моменты, которые могут уточнить этиологию заболевания, а именно на состояние здоровья матери, наличие у нее воспалительных заболеваний половых органов (гонорея), установить, спит ли ребенок в одной постели со взрослыми, здоровы ли эти лица, определить давность заболевания, выяснить, были ли у него рецидивы болезни, что характерно для гонореи. Надо узнать, беспокоен ли ребенок, плачет ли он при мочеиспускании, нет ли у него болей внизу живота, тенезмов, не подозревает ли мать, что он занимается мастурбацией, нет ли у него глистов.

Возникновение вестибулита и кольпита может быть обусловлено не только гонококком, но и другими бактериями, а именно стрепто-и стафилококками, палочками дифтерии, а также нарушением общего состояния ребенка (экссудативный диатез), механическим раздражением (мастурбация, инородные тела), проникновением гельминтов и простейших.

Гинекологическое обследование девочки складывается из осмотра (в том числе вагиноскопии и ректоскопии), бактериоскопии и бактериологического исследования выделений из уретры, влагалища, канала шейки матки (если производится вагиноскопия), прямой кишки. При остром течении уретрита легко получить капельку гноя из уретры, при торпидном течении болезни необходимо, чтобы девочка не мочилась до исследования 2 ч. После осторожного массажа уретры (через отверстие гимена) тонким зондом с намотанной ватой удается получить из уретры каплю секрета. Для взятия секрета из влагалища применяют желобоватый зонд, тупую ложечку или длинную стеклянную пипетку, на кончик которой надета тонкая резиновая трубочка (рис. 79). Эти инструменты надо вводить во влагалище глубоко — до заднего свода. С целью провокации смазывают влагалище люголевским раствором, а в уретру закапывают 2—3 капли 0,5% раствора ляписа. Кроме того, необходимо исследование капли гноя на трихомонады и кала на гельминты.

При исследовании крови могут быть обнаружены анемия, нейтрофилез, лимфопения, эозинофилия, монопения.

Серологическая реакция Борде — Жангу не имеет практического значения в диагностике гонореи.

При современных методах лечения прогноз гонореи у девочек благоприятен, однако наблюдают случаи очень длительного, рецидивирующего течения заболевания.

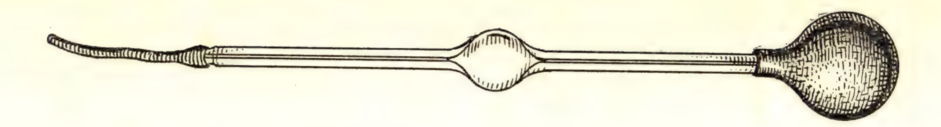


Рис. 79. Пипетка для взятия секрета из влагалища.

Лечение. Терапия гонореи у девочек — дело весьма ответственное и трудное.

Среди лечебных средств наибольшее значение имеют антибиотики (пенициллин, левомицетин). Местное лечение проводится по индивидуальным показаниям.

Курсовая доза пенициллина при свежей острой гонорее нижнего отдела мочеполовых путей у девочек составляет от 2 000 000 до 3 000 000 ЕД. При восходящей гонорее (цервицит, воспаление брюшины) дозу пенициллина увеличивают до 4 000 000—6 000 000 ЕД. Пенициллин вводят по 50 000—200 000 ЕД, в зависимости от возраста, каждые 3—4 ч. В случае безуспешного лечения пенициллином назначают другой антибиотик (например, левомицетин). Детям левомицетин применяют в следующих дозах: до 3-летнего возраста — по 10—15 мг на 1 кг массы тела на прием, 3—4 раза в сутки, от 3 до 8 лет — 0,15—0,2 г на прием, старше 8 лет — 0,2—0,4 г на прием. В связи с горьким вкусом препарат дают с вареньем, киселем, рисовым отваром. Курсовая доза при свежей остропротекающей гонорее нижнего отдела мочеполового аппарата 5—6 г, при торпидной протекающей и хронической формах, восходящей гонорее — 8 г в сочетании с иммунотерапией.

При торпидном течении гонореи, хронической ее форме, а также перед повторным применением пенициллина проводят вакцинотерапию. Однако ее не следует применять у девочек в возрасте до 4—5 лет. В старшем возрасте гоновакцину вводят внутрикожно в дозе от 50 до 100 млн, микробных тел (начальная доза); число инъекций 6—8. Регионарная вакцинотерапия противопоказана.

Кроме общей, применяют и местную терапию, которая в основном является симптоматической.

При острой гонорее назначают сидячие ванночки из ромашки (2—3 раза в день по 10—15 мин). Для этого в таз с теплой водой добавляют настой ромашки (30—40 г ромашки заваривают и процеживают). При остром вестибулите и дерматите применяют 5% протарголовую мазь (в форме прокладок), при экзематозных поражениях кожи — примочки из 3% буровской жидкости, смазывание 4% раствором метиленового синего. В острой стадии кольпита и уретрита местное лечение (промывания, смазывания) нецелесообразно. В подострой и хронической стадиях показано промывание влагалища через тонкий резиновый катетер раствором перманганата калия с последующей инстилляцией протаргола (1—2%), нитрата серебра (3—5 мл 0,25%—1% раствора) через день. При длительном, вялом течении гонореи всю влагалищную стенку от сводов до входа во влагалище смазывают через уретроскопическую трубку раствором Люголя на глицерине или 10% раствором протаргола на глицерине через 2—3 дня.

При подостром и хроническом уретрите в уретру вводят глазной пипеткой 3—4 капли протаргола (0,5—2% раствора) или нитрата серебра (0,25—0,5% раствора). При проктите вводят в прямую кишку 10—20 мл 1—3% раствора протаргола.

При наличии цервицита (вагиноскопия) влагалищную часть шейки матки смазывают раствором Люголя на глицерине или 10% раствором протаргола, а слизистую оболочку канала шейки матки — 1—2% раствором нитрата серебра или 5% раствором протаргола (один раз в 3—4 дня). Последнее вмешательство возможно лишь после затихания острых воспалительных явлений. Для смазывания пользуются очень тонким зондом, на который намотан кусочек ваты.

При вялой, хронически протекающей форме гонореи применяют прерывистое лечение. Такой метод терапии дает ребенку возможность отдохнуть, а врачу — проверить эффективность проведенного лечения.

У девочек, как и у взрослых, наблюдаются постгонорейные изменения (без наличия гонококков). У подобных больных применяют инстилляцию во влагалище вяжущих средств (5% раствор ихтиола, 1% раствор цинка или танина). Ребенок остается под наблюдением от 3 до 6 мес после лечения.

Критерий излеченности. Для решения вопроса об излеченности гонореи необходимо повторное (в течение 3 мес) обследование ребенка с применением методов провокации. С целью провокации производят внутрикожные инъекции гоновакцины (150—200 млн. микробных тел)[1]; смазывание влагалища и вульвы раствором Люголя; в уретру инстиллируют 2—3 капли 0,5—1% раствора нитрата серебра, а в прямую кишку — 10—15 мл такого же раствора. Мазки из уретры, влагалища и прямой кишки берут через 24—48—72 ч. Из прямой кишки лучше исследовать нити и хлопья, взятые из жидкости после промывания кишки. При благоприятных данных после трехмесячного обследования девочка может быть допущена в детский коллектив.

Однако надо помнить, что инфекционные болезни часто провоцируют у детей гонорейный процесс, поэтому ребенок, закончивший лечение по поводу гонореи, подлежит повторному обследованию после перенесенной инфекции (корь, скарлатина и др.). В сомнительных случаях при торпидном или длительном течении заболевания, повторных рецидивах необходимы повторные бактериоскопические исследования, посевы, удлинение срока наблюдения.

В детский сад и ясли ребенок допускается по истечении 3-месячного контрольного срока после окончания лечения гонореи, в школу — сразу после проведения противогонорейного лечения и отсутствия в мазках гонококков при условии ежемесячного троекратного обследования в диспансере и взятия мазков после провокации.

Профилактика гонореи

Развитие венерических заболеваний и, в частности, гонореи связано с классовой структурой общества и социально-экономическими условиями жизни населения. В капиталистическом обществе при наличии безработицы, бесправия женщины и распространения проституции нет предпосылок не только для уничтожения, но и для снижения венерических заболеваний. В СССР при неуклонном росте культуры и материального благосостояния трудящихся, ликвидации безработицы и проституции созданы все условия для неуклонного уменьшения и ликвидации венерических заболеваний.

[1] Детям до 3 лет гоновакцину не вводят.

В борьбе с венерическими болезнями в нашей стране принимают активное участие, кроме специальных венерических учреждений, научно-исследовательские институты, венерические диспансеры и широкая сеть лечебно-профилактических учреждений, в том числе и акушерско-гинекологических. В обязанности врачей женских консультаций по борьбе с венерическими заболеваниями входит: 1) выявление при профилактических медицинских осмотрах всех больных гонореей или подозрительных на это заболевание; 2) сообщение венерологическому диспансеру о выявлении больных гонореей для обследования лиц, являющихся источником заболевания; 3) лечение больной гонореей; 4) сообщение родильному дому о беременных, которые лечились по поводу гонореи; 5) получение от родильного дома сведений об исходе родов у этих женщин.

Важное значение в профилактике гонореи имеет широкое и систематическое проведение санитарно-просветительной работы.

В сельской местности борьбу с венерическими заболеваниями проводит весь медицинский персонал, в том числе участковый врач. Эта борьба складывается из следующих мероприятий: 1) выявление венерических больных и источников их заболевания; 2) лечение, учет и регистрация больных; 3) направление извещений о заболевших; 4) проведение систематической санитарно-просветительной работы. Органы здравоохранения имеют право в случае отказа принудительно привлечь к лечению заразных венерических больных. Кроме того, согласно ст. 150 Уголовного Кодекса РСФСР, заведомое заражение венерической болезнью влечет за собой лишение свободы на 3 года.

В борьбе с венерическими болезнями и, в частности, с гонореей имеют значение и меры личной профилактики. Так, женщине после подозрительного сношения рекомендуется сразу помочиться, тщательно обмыть с мылом наружные половые органы, проспринцеваться теплым раствором (1 : 6000) перманганата калия.

Меры профилактики гонореи у девочек состоят прежде всего в тщательном обследовании беременных и матерей, систематическом врачебном осмотре персонала детских учреждений, строгом выполнении санитарно-гигиенического режима, осмотре каждого ребенка до принятия его в детский коллектив.

Обо всех случаях обнаружения гонореи у детей и сотрудников детских учреждений должно быть поставлено в известность венерологическое учреждение для проведения обязательных диспансерных противоэпидемических мероприятий. В яслях обязательно должны быть индивидуальные ночные горшки, а в детских садах — уборные стоячего типа. Подмывать детей следует текущей струей воды при помощи отдельного ватного тампона на корнцанге, обтирание производить индивидуальными полотенцами или салфетками.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Термин «физиотерапия» означает применение с лечебными целями физических природных факторов, как в их естественном состоянии, так и преформированном. К первым относятся: вода пресная, морская и насыщенная различными газами, грязи, глины и другие пелоиды, климатические и атмосферные факторы, ко вторым — электричество, свет, тепло. Наиболее широко применяются преформированные факторы. И те и дру-

гие используются как с лечебной, так и профилактической целью. В основе физиологического действия физических факторов лежит рефлекторный ответ организма, реализуемый нейрогуморальным путем в виде активной биорегуляции (за счет изменения интенсивности биохимических и биофизических процессов) с улучшением тканевой трофики.

Физиотерапия широко назначается и в гинекологической практике.

Основные показания к ее применению:

1. Воспалительные заболевания половых органов во всех стадиях.
2. Послеоперационные осложнения воспалительного характера в подострой стадии.
3. Недоразвитие половых органов (умеренно выраженное). Овариальная гипофункция (физиотерапия в сочетании с гормонотерапией).
4. Нарушения менструального цикла, в основном центрального генеза.
5. Неврогенная дистрофия, тазовые невралгии.

Кроме того, физиотерапию применяют с целью провокации при хронической гонорее.

Противопоказания к физиотерапии:

1. Острый воспалительный процесс тазовой брюшины и внутренних половых органов, сопровождающийся явлениями острого раздражения брюшины.
2. Гнойные воспалительные процессы (замкнутые очаги).
3. Туберкулез половых органов и брюшины (при лечении в поликлинических условиях).
4. Болезни крови.
5. Активные формы туберкулеза легких.
6. Сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации.
7. Гипертоническая болезнь IIБ—III стадии,
8. Резко выраженный атеросклероз,
9. Злокачественные опухоли или подозрение на них (до установления точного диагноза).

В острой стадии воспалительного процесса, при ограниченном очаге, стабилизации процесса и наличии оттока гноя допустимо воздействие ультрафиолетовыми лучами в виде УФ-эритемотерапии.

В подострой стадии воспалительного процесса показаны УФ-эритемотерапия, электрическое поле УВЧ, электрофорез лекарственных веществ. При обострении хронического воспалительного процесса с преобладанием экссудации целесообразно применение индуктотермии, магнитного поля УВЧ или микроволновой терапии.

При хроническом воспалительном процессе со стойкими болевыми ощущениями показано лечение диадинамическими и синусоидальными модулированными токами.

При хроническом воспалительном процессе с преобладанием спаек в малом тазу применяют терапию ультразвуком (режим непрерывный или импульсный), индуктотерапию, электрофорез-индуктотермию, инфракрасные лучи, соллюкс, глину, парафин, озокерит, водо- и теплолечение [1].

Ультрафиолетовая радиация (УФ). При освещении ртутно-кварцевыми лампами используют не тепловую, а в основном ультрафиолетовую часть спектра. Для этого применяют газосветные трубки АРК — аргоно-ртутно-кварцевые (рис. 80) и ПРК — прямые ртутно-кварцевые (рис. 81).

---

[1] Методы физиотерапии излагаются в той же последовательности, как они применяются в различных стадиях (острая, подострая, хроническая) воспалительного процесса.

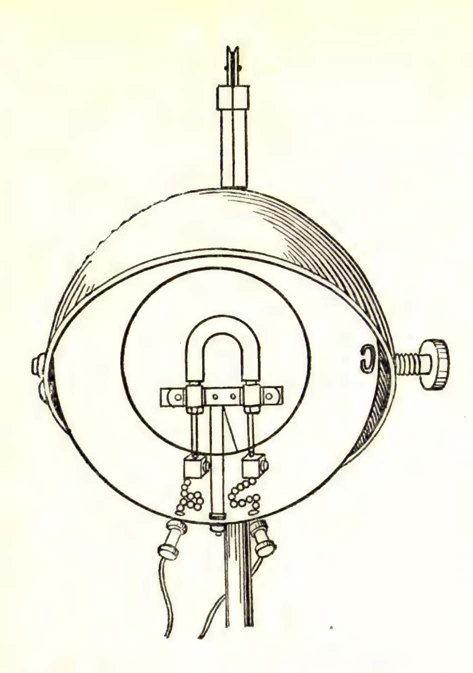


Рис. 80. Газосветная трубка АРК.

Эти трубки дают спектр, богатый ультрафиолетовыми лучами: в видимой части спектра ртутно-кварцевой горелки много синих лучей, очень мало желтых и почти нет красных (тепловых) лучей.

При воздействии ультрафиолетового облучения на соединительную оболочку глаза возникает острый конъюнктивит, поэтому глаза больной и медицинского персонала надо защищать очками с дымчатыми или синими стеклами.

Ультрафиолетовое облучение является мощным биологическим фактором и неправильное применение его может повлечь за собой ожоги, обострение воспалительного процесса. Поэтому до начала лечения необходимо учесть указанные выше противопоказания и определить индивидуальную биологическую дозу. В процессе лечения надо тщательно следить за реакцией на него больной. При острых воспалительных процессах органов малого таза без выраженных перитонеальных явлений применяют эритемные дозы ультрафиолетовых лучей, при площади последовательно облученной поверхности: 500 см² передней брюшной стенки, пояснично-крестцовой области, передней и задней поверхностей бедер, по одному полю за процедуру (вначале 3—4 биодозы, затем 4—5). На курс лечения назначают облучение в течение 3—4 дней. При подострых воспалительных процессах начинают с внеочагового рефлекторно-сегментарного воздействия ультрафиолетовых лучей (рис. 82). Проводят 4—5 процедур через день по 2—3 биодозы; поле облучения 250—300 см². Если эта терапия не вызывает обострения воспалительного процесса, то переходят к ультрафиолетовым облучениям в форме так называемых трусов; величина поля 500—600 см², 6—7 биодоз (гиперэритемные дозы). При хронических воспалительных процессах

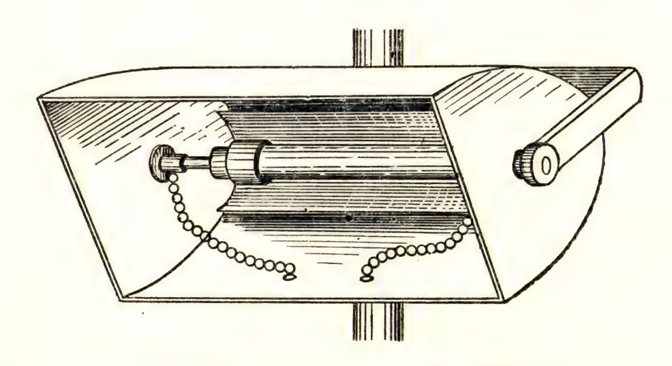


Рис. 81. Газосветная трубка ПРК.

применяют ультрафиолетовые облучения в форме «трусов». Лечение проводят через 1—2 или 3 дня по 3—4 биодозы; курс лечения 12—15 процедур в зависимости от реакции на него больной.

При ультрафиолетовом облучении ран необходимо учитывать фазу раневого процесса. В первой фазе, когда преобладают процессы диссимиляции, при вялых, бледных грануляциях и задержке эпителизации целесообразны интенсивные дозы ультрафиолетового облучения (5—6 биодоз) в сочетании с инфракрасными лучами (тепловой эффект, гиперемия, анальгезия, ускорение разрешения воспалительного процесса). Во второй фазе, когда преобладают ассимиляционные процессы и надо стимулировать процесс эпителизации и рубцевания, при наличии красных, сочных грануляций облучают малыми дозами (1/2—1 биодоза через 2—3 дня).

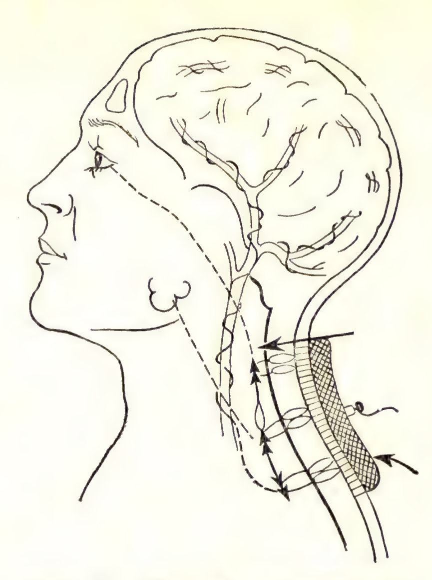


Рис. 82. «Шейный воротник» по Щербаку.

Электрическое поле ультравысокой частоты (УВЧ). В механизме воздействия основной фактор осциллярный (обусловленный высокой частотой колебаний) и дополнительный — тепловой. При УВЧ-терапии отмечается противовоспалительный, рассасывающий, гипотензивный, бактерицидный и бактериостатический эффект.

УВЧ-терапия показана при подострых воспалительных процессах (с наличием оттока гноя). Аппаратура: УВЧ-4, УВЧ-62 (рис. 83—85). Лечение начинают с накожного воздействия. Конденсаторные электроды-пластины диаметром 11 см располагают над лонным сочленением и над областью крестца. Воздушные зазоры по 2 см, мощность 30 Вт. Дозировка: до ощущения больной слабого тока. Продолжительность сеанса 15 мин, курс ежедневно, 5—6 сеансов. При умеренной общей и очаговой реакции переходят на внутривлагалищные процедуры (со специальным конденсаторным электродом цилиндрической формы). Над лонным сочленением или над областью крестца располагают конденсаторный электрод-пластину диаметром 8 см с воздушным зазором 2 см. Мощность, дозировка, продолжительность сеанса то же, что и при накожной методике. Число сеансов 9—10, ежедневно.

Микроволновая терапия (рис. 86). Микроволны — электромагнитные колебания сверхвысокой частоты (2375 мгц), мощность выходного контура до 150 Вт. Эти волны дают резко выраженный осцилляторный эффект; отмечен также бактерицидный и бактериостатический эффект, повышение фагоцитарной активности крови.

Аппаратура — «Луч-2». Методика контактная. Зона воздействия: несколько выше лонного сочленения, паховая область (слева или справа) или область крестца. Излучатель цилиндрический, диаметром 11,5 см. Дозировка: до ощущения больной слабого тепла. Продолжительность сеанса 20 мин ежедневно, 5—6 сеансов. В дальнейшем применяют влагалищный или ректальный излучатель. Дозировка и длительность сеанса те же. Курс 9—10 процедур.

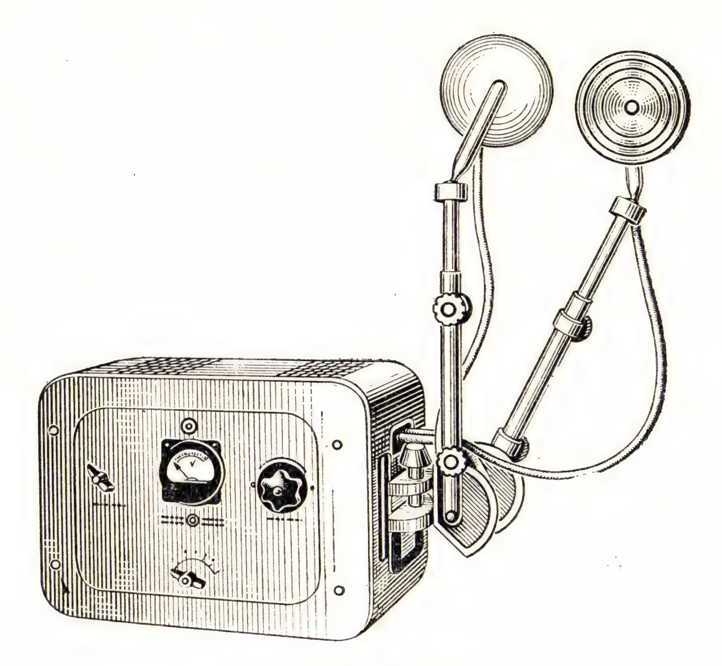


Рис. 83. Аппарат УВЧ-4.

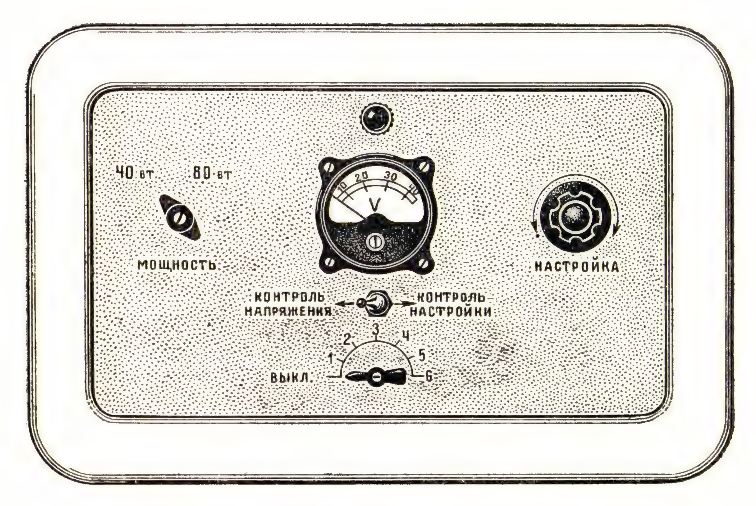


Рис. 84. Схема панели управления аппарата УВЧ-4.

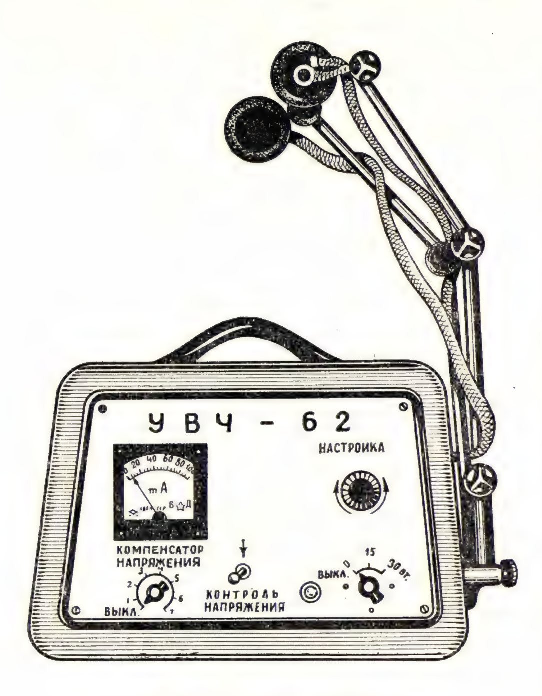


Рис. 85. Аппарат УВЧ-62.

Лекарственный электрофорез. Электрофорезом называют введение лекарственных ионов посредством постоянного тока. В качестве лекарственных веществ применяют кальций, сульфат цинка, новокаин, анальгетики (салициловый натрий, амидопирин, антипирин), препараты гиалуронидазного действия. Электрофорез йодида калия, сульфата цинка, показан при хронических рубцово-спаечных процессах, кальция — при экссудативном подостром воспалительном процессе, кровотечениях, осложнивших воспалительный процесс, новокаина, при болевых ощущениях. Ряд советских авторов выделяют особую форму заболевания — неврогенную дистрофию половых органов; она может возникнуть после аборта и выражаться в общих неврогенных явлениях, болевых ощущениях или нарушениях эндокринного характера (аномалии менструального цикла, жирового обмена); анатомические изменения незначительны. При лечении таких больных целесообразно применение электрофореза новокаина области солнечного сплетения. Электрофорез проводят у гинекологических больных абдоминально-сакрально или путем введения лекарственного вещества в прямую кишку с помощью влагалищных электродов.

Накожная методика. На нижнюю часть живота (по средней линии) и на крестцово-поясничную область накладывают по одному пластиночному электроду площадью 200—300 см^2; под активный электрод подкладывают кусок фланели, смоченный лекарственным раствором, а под индифферентный — кусок фланели, смоченный раствором поваренной соли. Силу тока увеличивают постепенно с тем, чтобы она не превышала 20 мА; при этом появляется ощущение легкого покалывания и жжения. Длительность процедуры 20 мин; число процедур 5—6 с последующим переходом на влагалищную или прямокишечную методику.

Для влагалищного электрофореза пользуются стержневым угольным электродом — тампоном или так называемым наливным электродом (рис. 87). В прямую кишку вводят с помощью клистирного баллона от 50 до 70 мл лекарственного раствора. На живот и крестец накладывают пластинчатые электроды. Размеры их: на передней брюшной стенке живота — 300 см^2, на пояснично-крестцовой области — 200 см^2 (12×17 см). Сила тока при стержневом угольном электроде до 20 мА, при наливном — до 10 мА. Продолжительность сеанса 20—30 мин, число сеансов (ежедневно) 14—15.

Активную роль играет электрод, расположенный на крестце. В зависимости от характера лекарства электрод соединяют с положительным или отрицательным полюсом; анионы вводят в организм с отрицательного по-

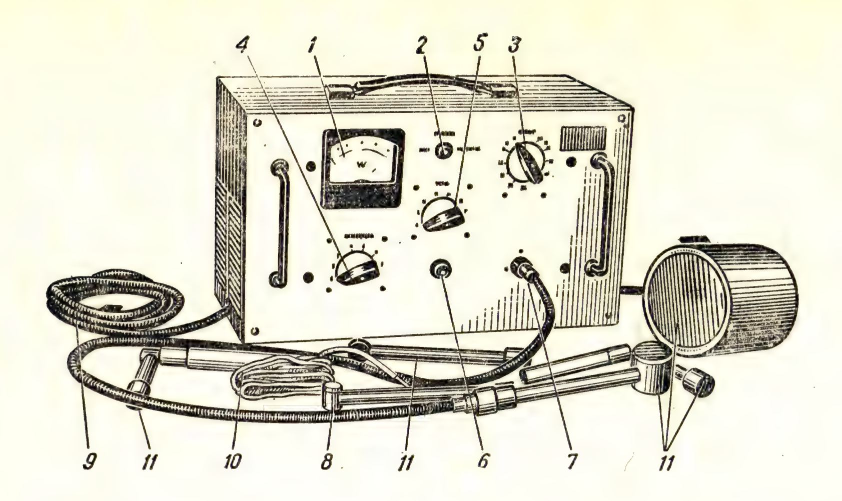


Рис. 86. Переносный аппарат для микроволновой терапии «Луч-2».
1 — измерительный прибор; 2 — переключатель перехода измерения напряжения сети на измерение мощности; 3 — ручка процедурных часов; 4 — ручка регулировки мощности; 5 — выключатель сети (он же и ручка компенсатора напряжения); 6 — сигнальная лампочка; 7 — гнездо для подключения излучателя; 8 — высококачественный кабель; 9 — шнур питания; 10 — кабель для заземления со струбцинкой; 11 — излучатель.

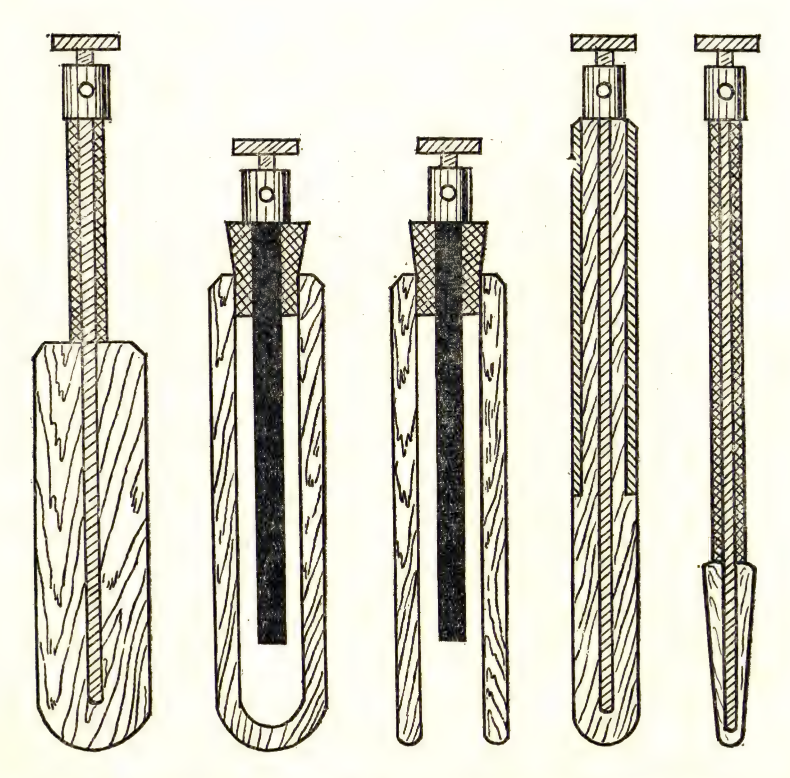


Рис. 87. Наливные электроды для влагалищного электрофореза.



Рис. 88. Индуктотермия области живота электродом-кабелем, свернутым в плоскую спираль.

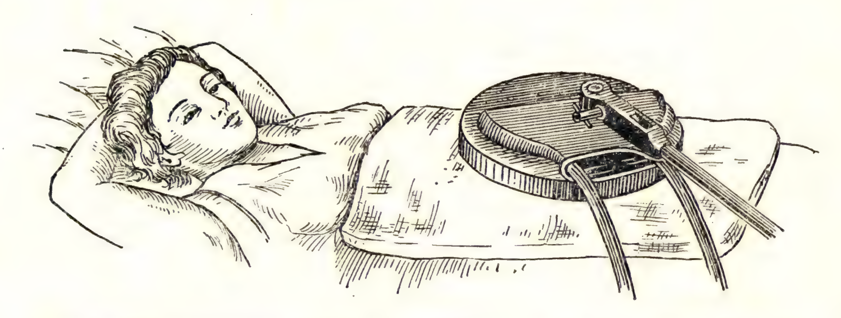


Рис. 89. Индуктотермия области живота с помощью электрода-диска.

люса, катионы — с положительного. Йод вводят с катода, кальций, цинк, новокаин, стрептомицин — с анода.

Индуктотермия (коротковолновая диатермия). Под индуктотермией понимают лечение переменным электромагнитным полем высокой частоты; частота колебаний 13,6 мГц, длина волны 22 мм. При этом способе больную помещают в поле, возникшее вокруг катушки лечебного контура. Таким образом, организм подвергается воздействию магнитного поля, вызывающего в тканях появление индукционного тока («вихреные токи»), который может достигать большой силы; в результате этого возникает значительный нагрев тканей. Положительное влияние индуктотермии при хронических и подострых воспалительных процессах объясняется расширением кровеносных сосудов, повышением их проницаемости, усилением фагоцитоза, обезболиванием, противовоспалительным и противоспазматическим действием.

Кушетка, на которую укладывают больную, должна быть деревянной, без металлических креплений. Все металлические предметы (пряжки, пуговицы, шпильки, часы), расположенные близко к наложению электрода, должны быть удалены во избежание ожогов.

Индуктотермию применяют (рис. 88, 89), используя кабель-электрод, свернутый в виде спирали, или диск-электрод, т. е. тот же электрод, заключенный в пластмассовый футляр в виде плоской спирали. Кабель или диск устанавливают над поверхностью брюшной стенки или пояснично-

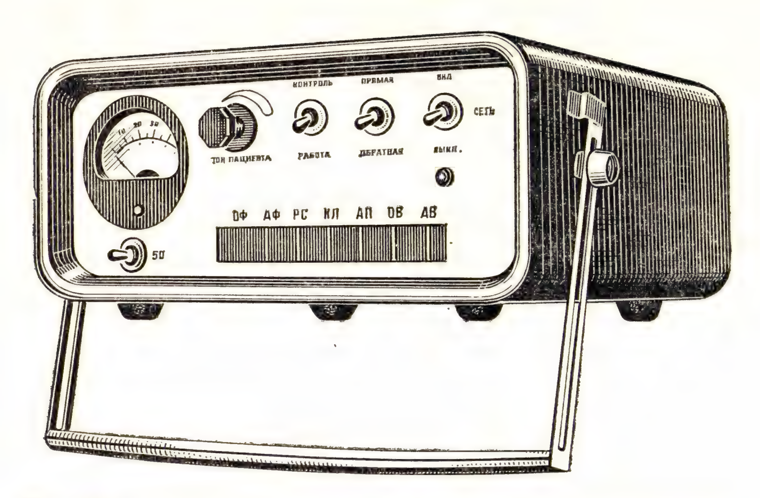


Рис. 90. Портативный аппарат для лечения диадинамическими токами.

крестцовой областью на расстоянии 2 см. Во время лечения больная испытывает чувство приятного тепла; оно проявляется при силе тока на щитке 200—250 мА. Длительность воздействия 30—40 мин, частота процедур через день (в поликлинических условиях). Применяется также влагалищная методика индуктотермии с помощью специального электрода. Курс лечения 15—20 процедур.

Эффективность индуктотермии можно усилить, сочетая ее в одном сеансе с лекарственным электрофорезом (электрофорез-индуктотермия). Аппаратура та же, что и для каждой из этих процедур.

Импульсные (прерывистые) токи низкой и повышенной частоты — диадинамические, синусоидальные. Диадинамическая терапия — воздействие токами полусинусоидальной формы с экспоненциальным задним фронтом, периодически изменяемыми по частоте (50 или 100 Гц) (рис. 90). Физиологическое действие импульсных токов низкой или повышенной частоты заключается в подавлении болевых импульсов, усилении кровообращения, улучшении трофики тканей, изменении ионной концентрации и проницаемости. Однако эти токи вызывают у некоторых больных неприятное ощущение жжения, сильное покалывание. В связи с этим предложено применение синусоидальных модулированных токов повышенной частоты (см. учебник физиотерапии).

Ультразвук. Под ультразвуковыми колебаниями понимают механические колебания частиц упругой среды, происходящие с частотой, лежащей выше предельной частоты, воспринимаемой человеческим ухом в качестве звука, т. е. выше 16 000 колебаний в секунду. В основе получения ультразвука для лечебных целей лежит так называемый пьезоэлектрический эффект — способность некоторых кристаллических веществ (кварц, титан) деформироваться при приложении к ним электрического поля. Для передачи энергии от излучателя объекту применяют контактные безвоздушные среды (масло, вода). В основе использования ультразвуковых колебаний для терапии лежит их свойство оказывать на живые ткани сложное, воздействие, микромассаж, образование эндогенного тепла. При воздействии ультразвука на соединительную ткань отмечается «разволокняющее» действие рубцово измененной соединительной ткани.

В основе ультразвуковых воздействий лежит сложный цикл рефлекторных явлений, обусловливающих болеутоляющий, сосудорасширяющий и противовоспалительный эффект. Это служит основанием для применения ультразвука в гинекологической практике при хронических воспалительных процессах внутренних половых органов с продуктивными изменениями в тканях.



Рис. 91. Лампа соллюкс (портативная модель).

В зависимости от частоты колебаний ультразвук проникает в ткани на различную глубину: так, при частоте колебаний 400 кГц — до 10 см, при 800 кГц — до 5 см и при 2,5 кГц — только на 1,5—2 см. Дозируют ультразвуковые колебания по мощности на 1 $см^2$ поверхности излучателя, т. е. по интенсивности; слабое воздействие соответствует мощности 0,1 — 0,5 $Вт/см^2$, среднее — 0,5—1,5 $вт/см^2$; бо́льшие мощности ввиду опасности повреждения тканей не применяются. При хронических воспалительных процессах используют ультразвуковые колебания в режиме импульсном и непрерывном. Курс 12—15 процедур.

Инфракрасные лучи. Источником излучения является лампа с хромоникелевой проволокой, намотанной на керамическую конусообразную основу. Нагретая до температуры, близкой к 500°С, эта нить излучает большое количество инфракрасных лучей. Показания — хронические воспалительные процессы.

Соллюкс. Источник излучения — лампа накаливания мощностью 500—1000 или 300 Вт (малая модель), состоящая из (рис. 91) вольфрамовой нити, помещенной в стеклянный баллон, наполненный азотом. Действие лампы соллюкс обусловлено в основном лучами видимой части спектра и незначительным количеством инфракрасных лучей; оно сводится к прогреванию освещаемого участка. Интенсивность освещения регулируется изменением накала нити, с помощью реостата, или расстоянием от тела больной до лампы (при стационарном соллюксе это расстояние в среднем равняется 1 м, при портативном — 10—15 см). Длительность сеанса 10—20 мин, ежедневно или через день (в амбулаторных условиях). Показаниями являются подострые и хронические воспалительные процессы внутренних половых органов с целью анальгезии, воспаление большой вестибулярной железы.

Водо- и теплолечение. Лечение теплом осуществляют в гинекологической клинике в форме сидячих ванн, терапии глиной, парафином, озокеритом. Сидячие ванны показаны при хронических воспалительных процессах внутренних половых органов и противопоказаны при остром воспалительном процессе, кровотечении, беременности.

При сидячих ваннах в воду погружаются поясница, нижняя часть живота и верхняя треть бедер больной. Температура воды 37—39°С; длительность процедуры 10—12 мин; число ванн 12—15.

Лечение глиной очень доступно и просто: его можно широко проводить как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. Глину применяют в виде аппликаций («трусы»). Температура глины от 42 до 45°С; длительность процедуры 10—12 мин; число процедур 12—15 на курс.

Парафин получается при возгонке нефти и представляет собой смесь высокомолекулярных углеводородов. Он обладает большой теплоемкостью. Лечебное действие парафина обусловлено в основном температурным фактором. Белый парафин с удельным весом 0,9 и температурой плавления 52—55°C плавят на водяной бане и подогревают до 60°C. Расплавленный парафин быстро наносят тонким слоем на чистую сухую кожу живота с помощью плоской малярной кисти; сверху кладут несколько слоев марли, пропитанной парафином, и клеенку. Затем больную укутывают одеялом. Длительность процедуры 30—40 мин, число процедур 20—25 (через день).

Показания к терапии парафином те же, что и к лечению глиной.

Озокерит[1], или горный воск, добывают в месторождениях нефти; он обладает большой теплоемкостью и малой теплопроводностью. Озокерит нагревают на водяной бане до 70—80°C и применяют в форме компрессов. Для этого хлопчатобумажную ткань погружают в нагретый озокерит, а затем кладут на живот больной, предварительно охладив до 45—50°C. Сверху кладут вторую прокладку, смоченную в озокерите температуры 60—70°C, потом — клеенку. Больную заворачивают в простыню и одеяло. Длительность процедуры 40—60 мин; лечение проводят ежедневно или через день; число процедур 15—20. Целесообразно также применение парафина и озокерита в форме влагалищных тампонов (как самостоятельный способ при наличии противопоказаний к применению наружных аппликаций или в сочетании с ними).

Показания и противопоказания те же, что и к лечению глиной.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ МАССАЖ

Массаж в гинекологической практике применяют редко. Между тем этот метод лечения, особенно в сочетании с физиотерапией или курортным бальнео- и грязелечением, нередко дает очень хорошие результаты. Применение массажа улучшает крово- и лимфообразование, обмен веществ в тканях, способствует растяжению и истончению спаек, вызывает не только местные, но и общие рефлекторные нервно-сосудистые реакции.

Показания к массажу:

1. Слипчивый хронический параперuметрит.
2. Пельвиоперитонит, обусловивший неправильное положение матки, ее неподвижность.

Противопоказания к массажу:

1. Беременность.
2. Острый и подострый воспалительный процесс.
3. Наличие опухолей, мешотчатых образований в трубах, яичниках (гидросальпинкс, тубовариальная киста). Нельзя массировать придатки матки (например при сальпингоофорите), как советуют некоторые авторы.

Техника массажа состоит в следующем (рис. 92). Во влагалище вводят один или два пальца и осторожно оттягивают матку кпереди (при ретрофлексии) или к срединной линии тела (при латеропозиции матки); локоть руки, введенной во влагалище, должен опираться на одноименное

[1] Терапия озокеритом и грязями (а также другие формы тепловой терапии) нецелесообразна при воспалительном процессе, сопровождающемся неполноценной функцией желтого тела при повышенном или нормальном содержании эстрогенов.

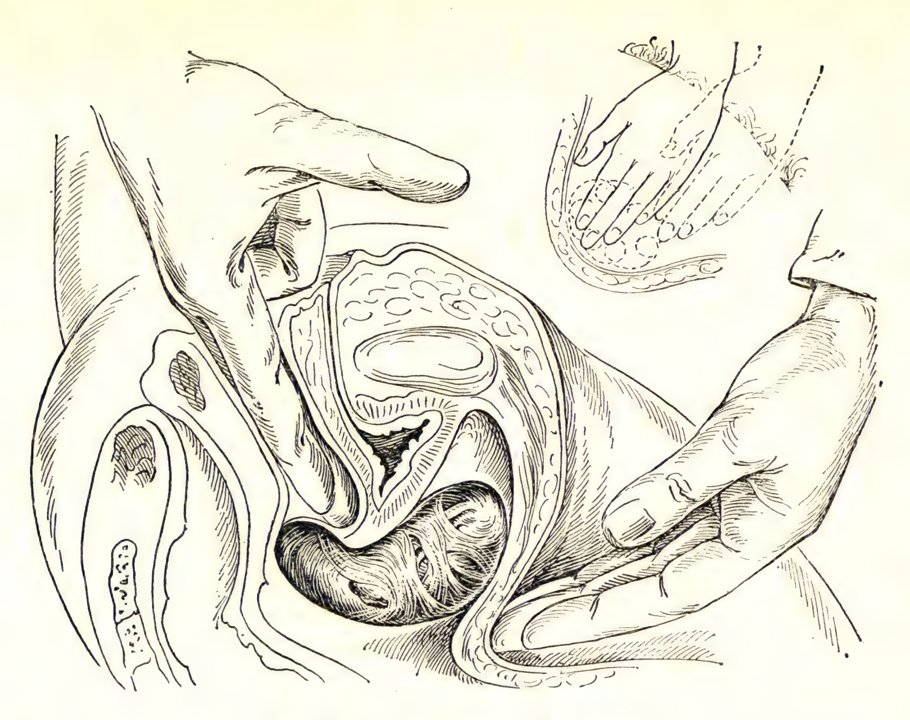


Рис. 92. Гинекологический массаж.

бедро врача, нога которого стоит на подножке или табурете. Наружная рука надавливает на переднюю брюшную стенку, производит круговые движения и постепенно продвигается навстречу пальцам внутренней руки; комбинированными движениями обеих рук осторожно растягивают спайки и смещают матку в направлении ее нормального положения. Врач должен делать это очень осторожно, не допуская болевых ощущений ни во время массажа, ни после него.

В процессе лечения надо тщательно следить за общим состоянием больной и делать повторные анализы крови (СОЭ, лейкоцитоз). Первый сеанс должен продолжаться не более 4—5 мин, после чего делают перерыв на 3—4 дня и следят за реакцией больной на это лечение. В дальнейшем делают массаж через 1—2 дня по 5—8—10 мин 12—15 раз. Как указывалось выше, массаж целесообразно сочетать с физиотерапией или курортным лечением.

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

Лечебная физкультура применяется в гинекологии с целью укрепления мускулатуры брюшной стенки и тазового дна, восстановления нормального положения матки, в пред- и послеоперационном периодах. Занятия физкультурой показаны женщинам с подвижной ретрофлексией матки, незначительным опущением стенок влагалища, функциональным недержанием мочи до и после полостных гинекологических операций. Проведение комплекса физкультурных упражнений в до- и послеопераци-

онном периодах имеет большое значение в профилактике таких осложнений, как тромбозы, пневмония, нарушения кишечной перистальтики, мочеиспускания, и способствует быстрейшему выздоровлению.

Описание методики лечебной физкультуры в гинекологической практике приведено в специальных руководствах.

САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Высокая эффективность санаторно-курортного лечения определяется сочетанием ряда благоприятных факторов: 1) природных лечебных средств; 2) рационального режима; 3) правильного питания; 4) перемены обстановки и выключения больной из обычных условий труда и быта. По характеру природных лечебных средств курорты делятся на грязевые, бальнеологические и климатические.

Лечение гинекологических больных в основном проводится на грязевых и бальнеологических курортах. На климатические курорты направляют гинекологических больных, нуждающихся в общеукрепляющей терапии после обширных хирургических вмешательств, длительных септических процессов, специфического лечения по поводу туберкулеза половых органов.

В Советском Союзе имеются огромные запасы лечебной грязи. В настоящее время с этой целью используются более 50 грязевых озер; кроме того, в нашей стране неисчислимые залежи торфа, которые составляют $^{3}/_{4}$ мирового запаса.

Основные грязевые курорты Советского Союза: Саки, Майнаки, Евпатория (Крымская обл.), Одесса, Карачи (Новосибирская обл.), Славянск, Бердянск (УССР), Липецк (РСФСР), о. Медвежье, Горькое (Курганская обл.), Старая Русса (РСФСР), Яны-Курган (Казахская ССР).

Бальнеогрязевые курорты: Пятигорск, Ессентуки, Железноводск (РСФСР), Кемери (Латвийская ССР), Друскининкай (Литовская ССР), Сергиевские минеральные воды (Куйбышевская обл.), Кашин (Калининская обл.), Краинка (Тульская обл.).

Лечебные грязи делятся на следующие четыре группы: 1) неорганические иловые; 2) органические (из пресных озер) — сапропели и гиттии; 3) торфяные грязи болотного происхождения; 4) искусственные грязи, приготовленные биологическим или химическим путем. Наиболее широко в СССР применяются иловые грязи лиманов и торфяные грязи.

Грязи представляют собой однородную массу с высокой влажностью и теплоемкостью, малой теплопроводностью и высокой адсорбционной способностью. Механизм действия грязевых процедур весьма сложен; грязи оказывают влияние не только на местный процесс, но и на весь организм. Это действие не только тепловое, но и активизирующее обмен веществ, иммунобиологические процессы, кровообращение, нормализующее менструальную и секреторную функции половой системы, бактерицидное.

Показания к направлению на грязевые курорты: хронические и подострые воспалительные заболевания половых органов, гипофункция половых желез в нерезко выраженной форме. При решении вопроса о направлении на курорт необходимо учитывать наличие в нашей стране широких возможностей для внекурортной физиотерапии (и грязелечения), а также климатические условия курорта. Рационально направлять на грязевой курорт лишь тех гинекологических больных, у которых предшествующее курсовое физиотерапевтическое лечение не дало положительных

результатов. При выборе курорта важно выявлять сопутствующие заболевания. Так, например, целесообразно направлять в Сочи, на Сергиевские минеральные воды, в Пятигорск тех гинекологических больных, у которых одновременно выявлены и заболевания сердечно-сосудистой системы, органов движения или центральной и периферической нервной системы.

Лечение больных с подострым воспалительным процессом половых органов должно проводиться на курортах только в специализированных санаториях.

Необходимо учитывать и противопоказания к грязелечению: туберкулез, нефроз, гипертиреоз, сердечно-сосудистые заболевания с неустойчивой компенсацией, опухоли, острые воспалительные процессы, мешотчатые воспалительные образования труб.

Наиболее часто применяется иловая грязь; она представляет собой пластинчатую маслянистую массу черного цвета с запахом сероводорода и аммиака. Грязь обладает малой теплоемкостью, небольшой теплопроводностью и лишена способности передавать тепло конвекцией.

Торф представляет собой продукт длительно протекающего разложения растительных организмов при почти полном отсутствии доступа кислорода. Это темно-бурая бесструктурная пластичная масса. Теплоемкость и теплопроводность торфа невелики; конвекция в торфяной массе резко понижена. Торфяные грязи применяются на следующих курортах: Друскининкай, Кашин, Краинка, Липецк.

Грязелечение гинекологических больных наиболее часто проводится в форме аппликаций («трусы») и грязевых влагалищных тампонов; лишь изредка применяют аппликации на все тело или на половину его. В настоящее время отказались от чрезмерно высокого нагрева грязи (до 46—50°С) и применяют аппликации более низкой температуры (40—42°, редко 44°С).

Длительность процедуры 15—20—30 мин. Число процедур (через день) 10—12. После аппликаций больная принимает душ (36—37°С) и отдыхает на кушетке в другом помещении в течение 40—60 мин. При наличии заболеваний шейки матки (эндоцервицит, эрозия), слипчивом хроническом пельвиоперитоните, ретрофлексии матки целесообразно назначение грязевых влагалищных тампонов. Грязь пропускают через сито и нагревают до 50°С, а затем вводят во влагалище с помощью эбонитового зеркала; на один тампон требуется 100—150 г грязи. Длительность процедуры 30—40 мин. Для удаления тампона производят обильное спринцевание солевым раствором. На курс лечения назначают 12—14 тампонов.

Грязелечение на курорте часто сочетается с физиотерапией (в дни, свободные от грязевых процедур) и гормонотерапией (например, при недоразвитии половых органов, гипофункции яичников). В процессе курортного лечения необходимо систематически наблюдать за больной для контроля за реакцией на грязелечение. Эта реакция может быть общей и очаговой. Общая реакция выражается в повышении температуры тела, изменениях со стороны сердечно-сосудистой системы и гемограммы (сначала нейтрофилия, а затем лейкоцитоз со сдвигом формулы белой крови влево, повышение СОЭ), чувство утомления. Очаговая реакция выражается в сочности тканей, увеличении болезненности внутренних половых органов и повышении чувствительности их при пальпации. В процессе лечения надо избегать появления резких реакций, особенно общего характера, и регулировать длительность, температуру и промежутки между лечебными процедурами.

Грязелечение применяют в гинекологической практике и во внекурортных условиях. Для этого используют привозную грязь (иловую или торфяную), которую искусственно нагревают. Методика лечения — грязевые «трусы» и влагалищные тампоны. Показания к внекурортному лечению те же, что и к курортному. Однако в условиях внекурортного лечения целесообразно более широко применять грязь при подострых воспалительных процессах.

В гинекологической практике используются курорты с сульфидными (Кемери, Пятигорск, Сочи—Мацеста, Сергиевские минеральные воды) и радоновыми (Цхалтубо, Белокуриха) водами. Лечение сероводородными ваннами и орошением показано при воспалительных процессах с образованием спаек в сочетании с гипофункцией яичников. Радонолечение показано больным с миомой матки (небольших размеров — до 12-недельной беременности) в сочетании с воспалительным процессом придатков матки и склонностью к кровотечениям. Бальнеотерапия показана гинекологическим больным с сопутствующими болезнями сердечно-сосудистой системы, суставов, а также с заболеваниями кожи. Применение сероводородных и углекислых ванн противопоказано больным с миомами матки.

Показания к применению сульфидных и радиоактивных источников в основном те же, что и к грязелечению. Однако лечение радиоактивными источниками противопоказано больным с недоразвитием половых органов, гипофункцией половых желез и при беременности всех сроков.

Лечение на бальнеологических курортах проводится в виде общих ванн и постоянного орошения влагалища. В последнем случае применяют специальные наконечники с двойным током (наконечник Морозова). Температура воды 38—41°С, длительность сеанса 15—20 мин, число сеансов 12—15.

ГЛАВА VI

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Туберкулез — общее инфекционное заболевание, которое имеет обычно хроническое течение. Возбудитель заболевания — туберкулезная микобактерия (Mycobacterium tuberculosis), открытая Кохом в 1882 г. Длина этой бактерии от 2 до 4 мкм. Она имеет слегка изогнутую форму. Устойчива к кислотам и спиртам; хорошо окрашивается фуксином. Для развития туберкулеза недостаточно проникновения микобактерии туберкулеза в организм — необходимо наличие неблагоприятных факторов, изменяющих реактивность организма (нарушение питания, плохие бытовые условия, инфекционные заболевания и др.).

В настоящее время мы не располагаем точными данными о частоте заболевания туберкулезом женских половых органов, так как клинический диагноз этого заболевания не всегда точен. Наиболее часто туберкулез половых органов встречается в возрасте от 20 до 40 лет; гораздо реже (3,5—9,6%) — в возрасте 10—18 лет у больных туберкулезом легких. Туберкулез маточных труб (наиболее частая форма туберкулеза половых органов), удаленных при операциях по поводу различных патологических состояний, выявляется гистологически в 7% случаев.

По механизму возникновения туберкулез половых органов женщины, как и другие формы органного туберкулеза, является гематогенным из первичного очага, реже — лимфогенным. Крайне редко туберкулез половых органов возникает путем непосредственного переноса инфекции по протяжению (per continuitatem, из соседних органов, например брюшины).

Гематогенная генерализация туберкулеза и поражение половых органов могут развиваться на фоне заживления первичного комплекса, реже — при наличии прогрессирующего первичного туберкулеза. Лимфогенный путь заболевания половых органов возможен при наличии туберкулезного поражения кишечника (слепой, сигмовидной и прямой кишки), мезентериальных лимфатических узлов. Теория о заражении туберкулезом половым путем и восходящим распространением инфекции не обоснована. Ряд авторов считают возможным возникновение первичного туберкулеза половых органов в детстве и вторичное, эндогенного характера, заболевание этих органов у взрослых.

Характерной особенностью туберкулеза является значительная вариабельность патологоанатомических изменений.

Специфичными для туберкулеза являются пролиферативные изменения с образованием туберкулезной гранулемы или бугорка. Второй важной особенностью туберкулезного поражения является кальцификация, возникновение творожистого, казеозного некроза. Кальцификация обус-

ловливается отложением в поврежденных клетках вначале фосфорных солей кальция, а затем карбонатов магния и натрия. И, наконец, третья особенность специфического туберкулезного поражения — хроническое течение. Особенности течения и исход заболевания зависят от общего состояния организма и от тканей и органов, в которых оно развивается.

Классификация генитального туберкулеза (по В. А. Покровскому). На основании сравнения клинического характера течения с преобладанием тех или иных анатомических изменений целесообразно выделить следующие формы туберкулеза женских половых органов: 1) хронические малосимптомные формы, преимущественно с продуктивными изменениями (без вовлечения в процесс брюшины); 2) значительные поражения с подострым течением и преимущественно экссудативно-пролиферативными изменениями; в патологический процесс вовлекается брюшина; 3) тяжелые, иногда остротекущие, казеозные поражения с обширным пельвиоперитонитом или разлитым экссудативным туберкулезным перитонитом; 4) инкапсулированные обызвествленные очаги на месте закончившегося туберкулезного процесса.

Выделенные четыре формы туберкулеза женских половых органов следует рассматривать как фазы инфекционного процесса.

Из женских половых органов наиболее часто туберкулезом поражаются маточные трубы (85—100%), матка (24%), шейка матки (0,8%), реже — яичники (5—8%) и крайне редко — влагалище, наружные половые органы.

ТУБЕРКУЛЕЗ ТРУБ

Туберкулез маточных труб бывает, как правило, двусторонним. Большая частота туберкулеза труб может быть объяснена благоприятными условиями для гематогенной инфекции — наличием обширной капиллярной сети, особенно в ампулярной части трубы, вследствие чего складки трубы приобретают почти кавернозный характер.

При осмотре препарата трубы не всегда удается обнаружить характерные для туберкулеза изменения — бугорки (рис. 93) и только микроскопическое исследование раскрывает нам истинный характер заболевания (рис. 94). Важно также отметить, что при исследовании труб можно обнаружить одновременно различные формы туберкулезного поражения.

В свежих случаях поражения слизистая оболочка трубы утолщена и в ней обнаруживаются милиарные бугорки. Складки слизистой часто слипаются; в просвете трубы имеется обильный экссудат. Со стороны эпителия слизистой оболочки обнаруживаются, с одной стороны, явления пролиферации, а с другой — десквамации.

В начальной стадии заболевания мышечный слой трубы и брюшина не поражаются туберкулезом. Дальнейшее развитие туберкулезного сальпингита может идти в направлении отграничения воспалительного процесса и выздоровления или, наоборот, прогрессирования болезни.

Прогрессирование воспалительного процесса происходит различными путями. Если ампулярный конец трубы не облитерируется, процесс распространяется на мышечный слой трубы и соседние участки брюшины; возникает туберкулезный мезосальпингит и перисальпингит. В мышечном слое трубы определяются периваскулярные инфильтраты, состоящие



Рис. 93. Туберкулез маточной трубы.



Рис. 94. Туберкулезный сальпингит.

преимущественно из лимфоидных элементов; иногда в мышечном слое обнаруживают отдельные бугорки. При дальнейшем развитии туберкулеза наступает казеозный распад туберкулезных фокусов (слившихся бугорков); просвет трубы выполняется казеозными массами.

Если ампулярный конец трубы облитерируется, происходит задержка секрета (или казеозных масс) и труба приобретает неправильную овоидную или ретортообразную форму (рис. 95). Она наполнена казеозной массой жидкой или более плотной консистенции. Инфекция часто распространяется лимфогенно или по протяжению — с трубы на прилежащие



Рис. 95. Туберкулезный сактосальпинкс.

участки кишечника, мочевой пузырь, тазовую брюшину. Туберкулез половых органов в 33—77% случаев сочетается с туберкулезом брюшины, который в большинстве случаев носит рубцово-спаечный характер, реже экссудативный, т. е. сопровождается асцитом.

При пониженной реактивности организма происходит распад туберкулезного фокуса, стенка измененной трубы прорывается и образуется трубно-кишечная или трубно-пузырная фистула.

Поражение труб может возникнуть и в ином порядке — первой поражается не слизистая оболочка трубы, а ее серозный покров. На поверхности трубы обнаруживаются многочисленные просовидные бугорки. В этом случае инфекция распространяется на трубы путем непосредственного контакта с соседними органами. В трубе, пораженной туберкулезом, иногда развивается первичный рак.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЯИЧНИКОВ

Яичники поражаются туберкулезом лимфогенно (из трубы) или гематогенно; возможен и непосредственный переход инфекции с труб. При этом наблюдаются две формы заболевания: туберкулезный периоофорит и оофорит.

Туберкулез яичника обычно заканчивается выздоровлением с организацией специфического фокуса. При неблагоприятных условиях процесс прогрессирует, инфекция распространяется гематогенно и по протяжению.

ТУБЕРКУЛЕЗ МАТКИ

В матке туберкулезом чаще всего поражается эндометрий; в слизистой оболочке появляются специфические бугорки (рис. 96). Судьба бугорков в слизистой, как и в других органах, различна, они могут подвергаться

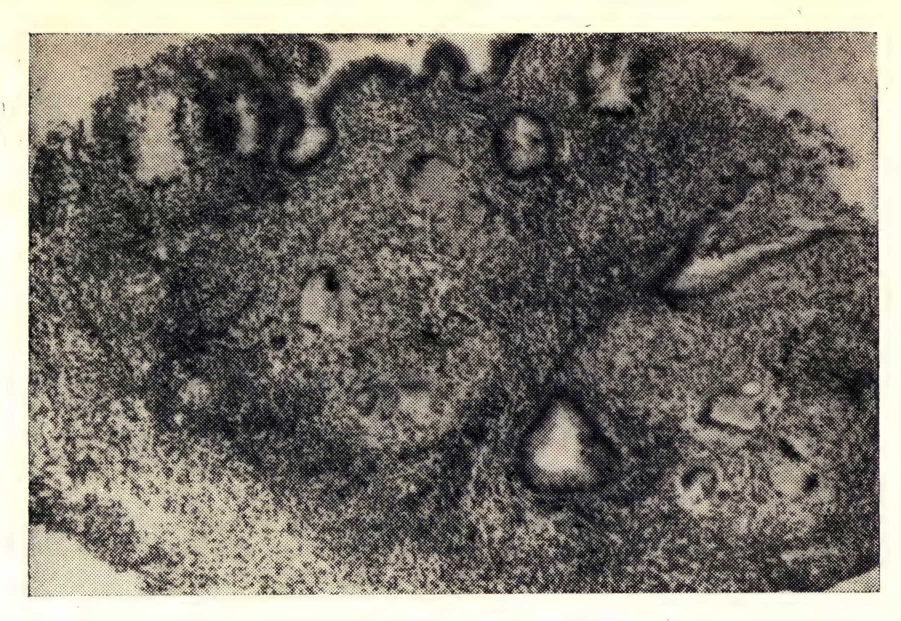


Рис. 96. Туберкулез эндометрия.

казеозному расплавлению или организации. Если туберкулезом поражен только функциональный слой слизистой, возможно самоизлечение за счет отторжения функционального слоя во время менструаций. При туберкулезном поражении базального слоя слизистой и мышечных элементов процесс выздоровления затягивается. Выздоровление может наступить (при благоприятных условиях) в результате процессов организации.

Специфические туберкулезные язвы слизистой оболочки матки встречаются редко. Размеры матки обычно не увеличены. При заращении канала шейки матки и образовании пиометры матка увеличивается соответственно 2—3-месячной беременности.

Туберкулез влагалища и вульвы встречается редко, обычно в форме специфических язв.

Туберкулез параметрия возникает крайне редко при сочетании туберкулезной и септической инфекции, одновременно с туберкулезом труб, яичников и матки.

Симптоматология. Симптоматология туберкулеза половых органов крайне разнообразна. Заболевание редко проявляется в форме острого воспалительного процесса; обычно оно протекает без особых болезненных симптомов. Больные могут предъявить следующие жалобы: отсутствие или понижение аппетита, ночные поты, слабость, субфебрильная температура. При обострении процесса, диссеминации или сочетании с септической инфекцией возникает повышение температуры до 38—39°С с колебаниями ее в течение суток на 1,5—2°. Обострение туберкулеза часто связано с физическим перенапряжением, ангиной, гриппом, операцией выскабливания слизистой оболочки матки, началом половой жизни, физиотерапевтическим лечением.

Основные симптомы при туберкулезе половых органов: бесплодие, боли, нарушение менструаций, бели. Эти симптомы не имеют строго специфического характера, но отличаются некоторым своеобразием.

Бесплодие встречается при туберкулезе половых органов у 90—95% больных. Нередко оно бывает первичным. Это свидетельствует о возможности возникновения туберкулеза половых органов в детстве или в период полового созревания. Причиной бесплодия обычно является туберкулезный сальпингит. Искусственное прерывание беременности у больных туберкулезом, а также роды представляют известную опасность гематогенного возникновения туберкулеза половых органов в послеабортном или послеродовом периоде и последующего бесплодия.

Боли носят неопределенный характер, локализуются внизу живота, обостряются при опорожнении кишечника, до и во время менструаций, при половом акте. Иногда они настолько сильны, что вынуждают женщину отказаться от половой жизни.

Нарушения менструального цикла встречаются очень часто при туберкулезе как легких, так и половых органов. Эти нарушения проявляются в форме амонореи, гипоолигоменореи, гиперполименореи и, реже, ациклических кровотечений. Частота этих нарушений колеблется от 25 до 75%.

Нарушения менструации могут быть обусловлены не только общей туберкулезной интоксикацией, но и местными изменениями в половых органах. Так, первичная аменорея может зависеть от продуктивного специфического эндометрита или последующих фиброзных изменений слизистой оболочки матки. Реже туберкулез эндометрия может сопровождаться гиперполименореей и ациклическими кровотечениями.

Жалобы на бели (слизистые, слизисто-гнойные) отмечаются нечасто. Бели могут возникнуть при экссудативном туберкулезе труб и периодическом поступлении их секрета в матку (hydrops tubae profluens), при казеозном распаде туберкулезного фокуса в матке, а также при образовании специфической язвы шейки матки, влагалища, вульвы.

У некоторых больных бели появляются в результате неспецифической инфекции половых органов или бывают обусловлены нарушением общего состояния организма.

При объективном исследовании больных с наиболее частой формой туберкулеза половых органов — туберкулезом труб — находят иногда весьма характерное несоответствие между значительными анатомическими изменениями внутренних половых органов (больше двусторонние опухолевидные конгломераты измененных труб и яичников) и незначительными (или почти полностью отсутствующими) субъективными расстройствами. У ряда больных маточные трубы не утолщены, малоболезненны и не определяются.

Клиническое течение туберкулеза половых органов представляется крайне разнообразным и зависит прежде всего от общего состояния больной, особенностей внешней среды, в которой она находится, а также от размеров и формы поражения половых органов. Общей чертой разнообразных форм туберкулеза являются длительное хроническое течение и неоднократные вспышки, рецидивы заболевания. Начальные стадии болезни обычно протекают скрыто, без резко выраженных симптомов. При осмотре такой больной часто не находят серьезных изменений половых органов; при продуктивных изменениях в придатках иногда устанавливают резкое несоответствие между грубыми анатомическими изменениями и удовлетворительным самочувствием больной. Температура субфебрильная, частота пульса легко изменяется, боли в животе непостоянные, тупые, иногда обостряются перед менструацией и во время нее. При обострении болезни (после гриппа, ангины, а также под влиянием других за-

болеваний) и в случаях сочетания туберкулеза половых органов с туберкулезом брюшины общее состояние значительно ухудшается: температура достигает высоких цифр, пульс соответственно учащен, язык обложен. Аппетит резко понижен, наблюдаются запоры, реже поносы, метеоризм, отрыжка, иногда рвота. При исследовании крови определяется лейкоцитоз, увеличение СОЭ, лимфопения, повышение числа палочкоядерных нейтрофилов. Больная плохо спит, беспокойна вследствие значительных болей в животе (в гипогастральной и мезогастральной областях). Определяется умеренное диффузное, мышечное напряжение (subdéfense) брюшной стенки. Обострение процесса затягивается, если возникают туберкулез брюшины, кишечная или мочевая фистула, милиаризация процесса.

При благоприятных условиях и рациональном лечении туберкулезный процесс вновь затихает, происходит организация и инкапсуляция туберкулезных фокусов, постепенно наступает выздоровление. Однако при интеркуррентном заболевании и неблагоприятных внешних условиях возможно повторное обострение туберкулезного процесса половых органов.

Из осложнений туберкулеза половых органов наибольшее значение имеют туберкулез брюшины, кишечника, образование фистул, поражение мочевой системы, обострение туберкулеза легких, генерализация туберкулеза (о туберкулезе брюшины, кишечника, мочевой системы см. учебники по хирургии, внутренним болезням, урологии).

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

Диагноз туберкулеза половых органов в ряде случаев весьма сложен. При обследовании больной надо учитывать данные анамнеза, общего и гинекологического исследования, а также специальные исследования (гистологическое, рентгенологическое, клиническое исследование крови, туберкулиновые реакции, данные бактериоскопических и бактериологических исследований).

Из анамнестических данных весьма важно указание на возраст больной (туберкулез наиболее часто встречается в период от 20 до 40 лет), туберкулез в семье, контакт с больными туберкулезом, повторное заболевание плевритом, поражение шейных, подчелюстных лимфатических узлов. Важное значение имеет также указание на перенесенный в детстве туберкулез брюшины, что видно из данных анамнеза о длительном заболевании, выражавшемся в асците, увеличении живота (большой, твердый живот). Необходимо также выяснить, не стоит ли больная на учете в противотуберкулезном диспансере. При оценке данных о течении настоящего заболевания важно выяснить его давность, частоту обострений (хроническое течение, повторные обострения), причины их, характер температурной кривой (субфебрилитет), наличие ночных потов. Большое значение для диагноза туберкулеза половых органов имеет указание на первичную аменорею и туберкулез (костно-суставной, лимфатических узлов, брюшины) в детстве.

При осмотре больной обращают внимание на состояние легких, лимфатического аппарата, тщательно обследуют дыхательные пути (физические и рентгенологические методы).

При исследовании живота обращают внимание на его размеры (увеличение окружности), болезненность, напряжение брюшных стенок, наличие или отсутствие жидкости, опухолевидных образований (одиночных, двусторонних, множественных).



Рис. 97. Туберкулезная язва шейки матки.

Необходимо **применить** как **двуручное влагалищное**, так и **прямокишечное исследование**, а также **осмотр с помощью зеркал**.

Редкая форма — туберкулезная язва вульвы, влагалища или влагалищной части шейки матки (рис. 97) представляется поверхностной, плоской, с желтоватым или красновато-серым налетом, с изъеденными краями; основание язвы умеренно инфильтрировано. По краям язвы можно обнаружить просовидные беловатые узелки. Если язва располагается на половых губах или в области клитора, эти органы плотны, увеличены; паховые лимфатические узлы также увеличены и плотны.

Туберкулезное поражение шейки матки изредка представляется в виде сосочковых разрастаний. Дифференциальный диагноз между подобными туберкулезными поражениями, раком и сифилитическим поражением возможен лишь после биопсии; кроме того, необходимо поставить реакцию Вассермана. Диагностировать туберкулез матки (эндометрия) можно с помощью гистологического исследования соскоба слизистой оболочки, цитологически и с помощью посевов. О туберкулезе матки говорит наличие первичной аменореи (реже кровотечений) в сочетании с увеличением придатков матки и отсутствием указаний на гонорейное и септическое заболевание.

При постановке диагноза туберкулеза маточных труб и яичников учитывают данные анамнеза, метросальпинографии, а иногда при продуктивном процессе значительные изменения придатков матки при отсутствии острого течения заболевания и незначительности болевой реакции. Конси-

стенция увеличенных труб и яичников эластическая или плотная, подвижность отсутствует; форма овальная, ретортообразная, четкообразная. Инфильтраты в параметральной клетчатке определяются лишь при крайне тяжелом течении заболевания, в случае прогрессирования туберкулезного процесса.

Ценным признаком при диагностике туберкулеза гениталий является пальпаторное обнаружение через прямую кишку или задний свод многочисленных твердых различной величины узелков. Аналогичные данные могут быть получены при диссеминации рака яичников, распространении на брюшину папиллярных разрастаний при серозных (папиллярных) кистомах и изредка при хроническом перитоните нетуберкулезного характера. Однако учет данных анамнеза и прощупывание опухоли (или опухолей) яичника, возраст больной, оценка данных о течении заболевания, отсутствие асцита — все это облегчает дифференциальную диагностику.

Если увеличение маточных труб и яичников (вплоть до мешотчатых больших образований) определяется у девушки, не жившей половой жизнью, не перенесшей аппендицита или колита, следует в первую очередь подумать о туберкулезе гениталий.

Существенное значение для диагноза туберкулеза внутренних половых органов у молодой женщины, живущей половой жизнью и страдающей бесплодием, имеет отсутствие признаков воспаления нижнего отдела мочеполового аппарата (уретра, шейка матки, большие вестибулярные железы) наряду со значительными анатомическими изменениями придатков матки.

При распознавании туберкулезной этиологии заболевания недостаточны данные анамнеза и клинического исследования, необходимо дополнить и критически сопоставить их со специальными методами.

Рентгенологическое исследование легких и костного скелета позволяет выявить наличие старых обызвествленных или свежих очагов туберкулезной инфекции, которые являются источником метастатического заражения половых органов.

Гистеросальпингография является очень ценным методом (в сочетании с данными анамнеза и гинекологическим исследованием) в диагностике туберкулеза матки и маточных труб. Ее следует производить во второй фазе менструального цикла. При этом пользуются не масляными, а водными контрастными веществами (кардиотраст, уротраст, гепак) (рис. 98).

Маточные трубы на рентгенограмме могут быть изменены следующим образом: контуры гладкие или неровные, с небольшим расширением в конце в виде луковицы, ригидные, как бы окостеневшие, закрытые в истмическом или ампулярном отделе, с множественными стриктурами, кистоподобными или фистулоподобными полостями. Надежный рентгенологический признак туберкулезного поражения — кальцификация маточных труб, яичников, лимфатических узлов.

В единичных случаях с целью дифференциальной диагностики применяют рентгенографию органов малого таза в условиях пневмоперитонеума в сочетании с гистеросальпингографией, прямую лимфографию.

Биопсия. Биопсия при наличии язвы наружных половых органов, влагалища, шейки матки, выскабливание слизистой оболочки матки (за 2—3 дня до менструации) с гистологическим исследованием являются методами, которые позволяют поставить окончательный диагноз у ряда больных. Туберкулез гениталий выявляется иногда во время операции или после микроскопического исследования препарата, удаленного с предварительным диагнозом кистомы, рака яичника, сактосальпинкса.



Рис. 98. Метросальпингография при туберкулезе эндометрия и труб. Полость матки резко деформирована; канал шейки расширен. Правая труба расширена с булавовидным расширением ампулы; левой трубы не видно.

В настоящее время благодаря более глубоким знаниям клиники туберкулеза половых органов и применению указанных выше дополнительных методов исследования процент правильного распознавания туберкулеза половых органов значительно увеличился.

Цитологические исследования мазков эндометрия и менструальной крови — ценный метод диагностики туберкулеза эндометрия. Материал аспирируют из 4—6 мест полости матки с помощью маточного шприца, аспирацию производят по возможности во второй половине цикла. При туберкулезном поражении в мазках среди эритроцитов, лейкоцитов и клеток эндометрия обнаруживают эпителиальные клетки, лимфоциты и гигантские клетки Лангганса (рис. 99 и 100). Положительные данные подтверждают диагноз туберкулеза эндометрия, отрицательные — не исключают его.

Большая диагностическая ценность цитологического метода исследования заключается не только в его достоверности (при положительных данных), но и возможности использования у больных с поражением придатков и брюшины, когда выскабливание слизистой оболочки матки безусловно противопоказано.

Пробы с туберкулином. С дифференциально-диагностической целью применяют подкожную туберкулиновую пробу. При этом учитывают только общую и очаговую (в пораженном органе) реакции. Противопоказания к постановке пробы: активный экстрагенитальный туберкулез, острое, подострое течение болезни, диабет, заболевания паренхиматозных органов. При постановке пробы вначале под кожу лопатки вводят 20 ТЕ. При отрицательной общей и очаговой реакции через 7 дней повторяют пробу с 50 ТЕ, а при отрицательном ответе — снова через 7 дней с 100 ТЕ. Общая реакция выражается в повышении температуры тела (больше чем на 0,5°С), учащении пульса свыше 100 в минуту, увеличе-

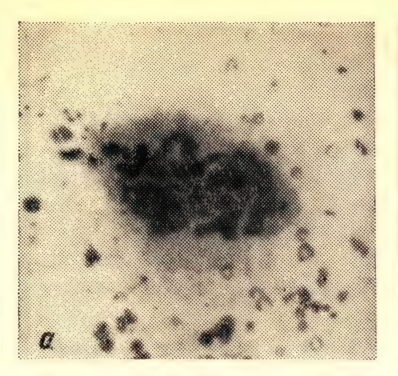



Рис. 99. Эпителиоидные клетки. Ядра эпителиоидных клеток.
а — в сухой системе; *б* — в иммерсионной системе.

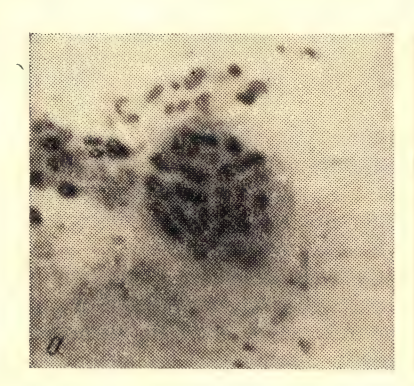
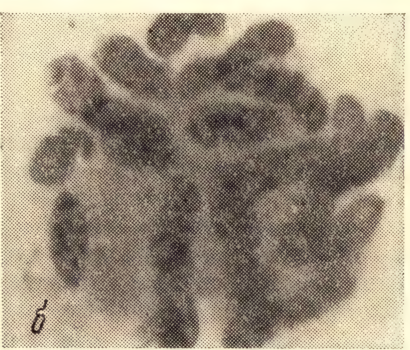



Рис. 100. Гигантские клетки Лангганса с ядрами.
а — в сухой системе; *б* — в иммерсионной системе.

нии или уменьшении лимфоцитов (не менее чем на 10%). Определение этих показателей проводят до, а также через 24 и 48 ч после введения туберкулина. Температуру измеряют каждые 2 ч в течение суток до введения и в течение 2 сут после него. Очаговая реакция выражается в возникновении или усилении болей внизу живота, в пояснице, появлении пастозности, болезненности, увеличении придатков матки и отделяемого из нее.

Кроме диагноза, необходимо определить и степень активности процесса, что важно при лечении. К активному туберкулезу относят свежевыявленный, гистологически доказанный эндометрит, аднексит, обнаружение микобактерий, появление очаговой реакции на введение туберкулина, наличие туберкулезной интоксикации. Туберкулезный процесс считают неактивным при наличии рубцово-спаечных изменений в половых органах, отсутствии микобактерий в соскобе, менструальной крови, отсутствие очаговой реакции в гениталиях в ответ на введение туберкулина.

Пробы Пирке, Манту являются лишь критерием зараженности туберкулезом, а не болезни.

Бактериологическое и бактериоскопическое исследование. Процент обнаружения туберкулезных микобактерий в

секрете (или пунктате) половых органов невелик. Поэтому положительные результаты исследования очень важны, но и отрицательные не исключают возможности туберкулезной инфекции.

Для выявления туберкулезной микобактерии применяют: а) бактериоскопическое и бактериологическое исследование секрета шейки матки, язвенных поражений, жидкости, полученной при пункции через своды, менструальной крови; б) исследование методом флотации (т. е. обогащение путем всплывания) секрета шейки матки, полученного из колпачка Кафка, надетого на 12 ч на шейку матки; в) прививку секрета пунктата (лишенного других бактерий путем предварительной обработки серной кислотой) морским свинкам.

Исследование крови. Изменения со стороны крови не имеют специфического характера и зависят от общего состояния больной и формы поражения.

Прогноз. Прогноз при заболевании туберкулезом половых органов представляет серьезные трудности. Благодаря методам лечения значительно улучшается исход заболевания. Однако всегда надо помнить о возможности повторных обострений процесса, генерализации его и тяжелых функциональных нарушениях (бесплодие), которые обусловливаются туберкулезом.

Профилактика. Как указано выше, туберкулез половых органов возникает у женщин чаще всего гематогенным и, реже, лимфогенным путем. Гематогенное рассеивание инфекции с образованием метастатического очага в половых органах может произойти в раннем детстве, в период полового созревания, а также у взрослой женщины.

Таким образом, профилактика туберкулеза, широко осуществляемая в Советском Союзе, — это прежде всего комплекс мероприятий по охране здоровья детей и предупреждению заражения взрослых. Реализация этих мероприятий в нашей стране обусловливает значительное снижение заболеваемости туберкулезом.

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Терапия туберкулеза складывается из комплекса следующих мероприятий: 1) гигиено-диетический режим, усиленное питание и введение витаминов; 2) химиотерапия; 3) климатотерапия; 4) оперативное вмешательство (редко); 5) симптоматическое лечение.

При решении вопроса о терапии туберкулеза половых органов необходимо прежде всего учитывать общее состояние больной и очень бережно относиться к ее психике.

Кроме того, нужно тщательно обследовать больную для установления (или исключения) внегенитального туберкулеза и воспалительных процессов другой этиологии.

Режим больной определяется общим ее состоянием и формой поражения. При субфебрилитете, лихорадочном течении, наличии некомпенсированного процесса, изменениях в придатках матки, брюшине показаны госпитализация и постельный режим. Питание больной должно быть индивидуальным и разнообразным (бульоны, вегетарианские супы, рубленое мясо, птица, молочные каши, сливочное масло, творог, сметана, сливки, овощи или фруктовые соки). Суточное количество калорий в пище 3000—4000. Очень важно введение витаминов: А — 2—3 мг, B_1 — 25 мг, РР — 30 мг, С — 300—500 мг, D — 0,025 мг в сутки. Обтирание одеколо-

ном или уксусом 1 : 3, регулирование (без слабительных в остром периоде) стула. Помещение, где находится больная, должно хорошо и регулярно проветриваться.

Вторым компонентом лечения является химиотерапия. Больным с впервые выявленным активным туберкулезом назначают ежедневно перорально одномоментно после завтрака или ужина суточную дозу тубазида (0,6—0,9) и ПАСК (по 5—7 г после завтрака и ужина, запивать молоком или боржомом). Длительность первого этапа химиотерапии 12—24 мес в зависимости от характера изменений в пораженных органах к концу основного курса. Если происходит полное рассасывание воспалительных изменений в придатках матки, абациллирование, нормализация температуры, значительное улучшение общего состояния, переходят ко второму этапу лечения: назначают перорально одноразовый прием антибактериальных препаратов через день или 2 раза в неделю, или ежедневно по 3 мес весной и осенью. На этом этапе применяют препараты группы ГИНК (тубазида 0,9 г в сутки, фтивазида 1—2 г в сутки, метазида 1—1,5 г в сутки) в сочетании с тибоном (0,1 г в сутки) или этоксидом (2—3 г в сутки). При расстройстве функции органов пищеварения в случае приема ПАСК, тибона, этоксида уменьшают дозу препарата временно или полностью (при выраженных нарушениях) отменяют его. Проводят диетотерапию. Если в течение 2 лет не наблюдается обострение туберкулезного процесса, считается, что наступило клиническое выздоровление и прием антибактериальных препаратов отменяют. Диспансерное наблюдение продолжается в течение еще 2 лет. Специфическое лечение вновь проводится в период интеркуррентных заболеваний (грипп, ангина, бронхит).

Оперативное лечение, часто применявшееся ранее, технически является очень сложным (обширные сращения половых органов с кишечником, мочевым пузырем). Поэтому иногда оно бывает связано с опасностью повреждения кишечника (образование в послеоперационном периоде кишечных фистул) и необходимостью удаления матки с придатками, что весьма травматично для молодой женщины.

В настоящее время к оперативному лечению прибегают значительно реже, так как общеукрепляющая терапия и применение антибиотиков дают весьма хороший эффект.

Хирургическое лечение туберкулеза придатков матки показано при безуспешности комплексной химиотерапии не менее 4—6 мес, значительных деструктивных изменениях, а также во всех случаях, когда невозможно исключить опухоль придатков матки. Ввиду молодого возраста больных операция должна быть по возможности консервативной (удаление маточных труб, но сохранение здоровой части яичников и матки, если они не поражены туберкулезом).

Если в удаленных органах обнаружены активные проявления туберкулезного процесса, введение противотуберкулезных препаратов продолжают после операции в течение 2 лет.

Симптоматическая терапия имеет те же показания, что и при воспалительных процессах иной этиологии (болеутоляющие, снотворные, послабляющие, противоанемические средства).

Климатотерапия — лечение в санатории с длительным пребыванием на свежем воздухе (не под солнцем!) рекомендуется в период выздоровления или компенсирования процесса. При этом нежелательно резкое изменение тех климатических условий, в которых постоянно живет больная. Санаторное лечение направлено на общее укрепление организ-

ма, создание благоприятных условий внешней среды, обеспечение рационального питания. После затихания процесса возможно курортное грязелечение: грязевые трусы температуры 28—32°C на 15 мин, одновременно с влагалищными грязевыми тампонами температуры 36—38°C (через 1—2 дня). Грязелечение проводится только в условиях стационара на фоне активной антибактериальной терапии.

Трудоспособность. Больные в стадии острого или подострого туберкулеза половых органов нетрудоспособны. По окончании первого курса лечения возможно полное восстановление трудоспособности. Однако всегда нужно учитывать и профессию больной (необходимость перемены ее), так как переутомление, чрезмерное охлаждение, случайная инфекция создают опасность обострения туберкулезного процесса.

ГЛАВА VII

КИСТЫ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

Киста — патологическая полость, выполненная каким-либо содержимым, возникшая в результате задержки или избыточной секреции жидкости.

По характеру развития кисты половых органов могут быть разделены на пять основных типов: ретенционные, рамолиционные (от размягчения, например, при кровоизлиянии, некрозе тканей), кисты из персистирующих рудиментарных органов (киста paroophoron), паразитарные (эхинококк), травматические; кистоаденомы яичников относятся к истинным опухолям этого органа и описаны в главе IX.

Кисты увеличиваются за счет накопления своего жидкого содержимого. Они встречаются во всех отделах полового аппарата женщины, в яичнике, широкой связке, трубах, матке, влагалище, вульве, а также в молочных железах. Наиболее часто обнаруживаются кисты яичника и надъяичникового придатка (или так называемая паровариальная киста).

Киста яичника может возникнуть из атрезированного фолликула, реже из желтого тела; очень редко возникают тека-лютеиновые кисты. По данным Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР, кисты яичника составляют 30% доброкачественных кистоаденом и опухолевидных образований яичника.

КИСТА ИЗ АТРЕЗИРОВАННОГО ФОЛЛИКУЛА

Избыточное накопление жидкости в атрезирующемся фолликуле может обусловить значительное увеличение его с развитием кисты. Причины образования подобных кист точно не изучены. Экспериментальные данные говорят о том, что фолликулярные кисты (реже кисты желтого тела) возникают в связи с первичным снижением эстрогенной функции яичников и последующим стойким нарушением гонадотропной функции гипофиза (увеличение секреции ФСГ с понижением секреции ЛГ). Теория воспалительного происхождения подобных кист утратила свое значение. Нередко кисты яичников сочетаются с миомой матки. Размеры таких кист невелики, не больше 10 см в диаметре. Поверхность их гладкая, консистенция эластическая. Стенка кисты, как правило, очень тонкая; внутренняя ее поверхность гладкая, содержимое прозрачное, водянистое.

Рядом с кистой определяется ткань большей частью неизмененного яичника.



Рис. 101. Стенка фолликулярной кисты (большое увеличение).
а — фолликулярный эпителий; *б* — клетки thecae internae.

Микроскопическое строение стенки кисты варьирует в зависимости от того, в какой стадии развития фолликула начались атрезия и накопление жидкости. В одних случаях в фолликулярной жидкости находят яйцеклетку и остатки зернистой мембраны (membrana granulosa), в других — ни яйцеклетки, ни membrana granulosa не обнаруживается, в третьих — внутренний слой выстлан эпителием, а затем идет узкий слой соединительной ткани и рыхлый слой с клетками thecae internae (рис. 101). Наконец, стенка кисты может состоять лишь из соединительной ткани, выстланной изнутри плоскими или кубическими клетками. В большинстве случаев эти кисты однокамерные.

Развитие кисты яичника (фолликулярной) большей частью не сопровождается никакими болезненными симптомами. Появление болевых ощущений большей частью бывает связано с предшествующими воспалительными изменениями внутренних половых органов и брюшины. Однако и в группе больных кистой яичника без сопутствующих заболеваний половых органов часто отмечаются боли в животе (47,5% случаев). Из осложнений кист яичников встречаются кровоизлияния в полость кисты, перекрут ножки.

Перечисленные осложнения и разрыв капсулы кисты весьма часто наблюдаются у девочек в возрасте 11—16 лет.

Диагностика. Диагноз кисты яичника может быть поставлен, если сбоку от матки (реже кпереди или кзади) обнаруживают опухолевидное образование округлой или овальной формы, по размерам в 2—3 раза превышающее нормальный яичник (размеры нормального яичника колеблются у взрослой женщины в длину от 3 до 5 см, в ширину от 1,5 до 3 см, в толщину от 0,7 до 1,5 см). Консистенция кисты яичника, как указывалось выше, эластическая (при неизмененном яичнике более плотная), поверхность гладкая.

Если врач твердо не уверен в диагнозе кисты яичника (не исключена возможность увеличения его вследствие воспаления или мелкокистозного превращения), консервативное лечение допустимо в течение не более 4—6 нед с последующим осмотром для окончательной диагностики.

Лечение. Единственный способ лечения кисты яичника — оперативное его удаление. Подобная тактика объясняется затруднительностью точной дифференциации кисты яичника от кистомы небольших размеров. Если рядом с кистой сохранилась неизмененная ткань яичника, то у молодой женщины целесообразно произвести вылущение кисты, сохранив здоровую ткань яичника.

КИСТА ЖЕЛТОГО ТЕЛА

Киста желтого тела отличается от нормального желтого тела несколько большим размером (до 4—5 см в диаметре). Причины развития этих кист точно не известны.

Микроскопически в стенке кисты желтого тела выявляются два типа клеток: лютеиновые и тека-лютеиновые. Лютеиновые клетки проходят все стадии развития менструального желтого тела — пролиферации, васкуляризации, расцвета и обратного развития. Таким образом, киста желтого тела является функционирующим кистозным желтым телом.

Наиболее частым осложнением этих кист является кровоизлияние в полость кисты.

Специфические клинические симптомы не наблюдаются.

Диагностика. Диагноз кисты желтого тела крайне труден и может быть поставлен лишь предположительно. Если больную исследовать повторно в течение одного менструального цикла, можно обнаружить увеличение яичника во второй фазе цикла. Дифференциальный диагноз между кистой желтого тела и тека-лютеиновой кистой при пузырном заносе может быть поставлен на основании данных анамнеза, двусторонности кист (при пузырном заносе) и их размеров (кисты желтого тела не достигают больших размеров). Дифференциальный диагноз между кистой желтого тела и эндометриозом яичника может быть иногда окончательно поставлен лишь при гистологическом исследовании удаленной кисты.

Прогноз. Предсказание вполне благоприятно.

При подозрении на кисту желтого тела и исключении диагноза кистомы показано наблюдение, так как при небольших размерах кисты обычно происходит обратное ее развитие. Однако если в процессе наблюдения уменьшения кисты не происходит и дифференцировать ее от начинающейся кистомы яичника невозможно, показано хирургическое вмешательство (у молодой женщины — резекция яичника).

ТЕКА-ЛЮТЕИНОВЫЕ КИСТЫ

Развивающиеся при пузырном заносе, хорионэпителиоме, нормальной беременности тека-лютеиновые кисты представляют собой особые образования, резко отличающиеся от кист желтого тела и большей частью самостоятельно рассасывающиеся. Однако больные нуждаются в систематическом осмотре и повторной постановке реакции Ашгейма — Цондека для исключения хорионэпителиомы.

КИСТЫ НАДЪЯИЧНИКОВОГО ПРИДАТКА (ПАРОВАРИАЛЬНАЯ КИСТА)

Надъяичниковый придаток представляет собой эмбриональный остаток первичной почки, располагающийся в широкой маточной связке между трубой и яичником. Эпоофорон состоит из 5—16 канальцев, сливающихся

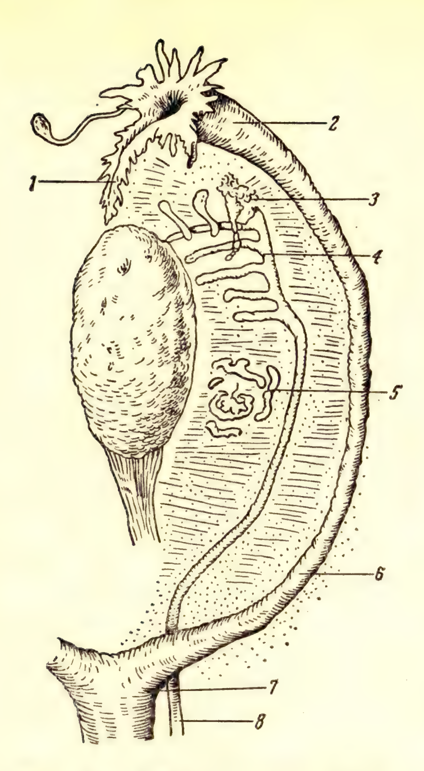


Рис. 102. Эмбриональные остатки в широкой маточной связке.

1 — fimbria ovarica; 2 — infundibulum tubae uterinae; 3 — residua epoophoron; 4—epoophoron; 5 — paroophoron; 6 — tuba uterina; 7 — uterus; 8 — ductus mesonephricus Gartneri.

в общий канал, рудиментарный мезонефральный, вольфов, ход (рис. 102).

Киста надъязычникового придатка, или пароварильная киста, представляет собой продукт задержки секрета в просвете канальцев надъязычникового придатка. Размеры такой кисты колеблются от крайне незначительных до 15—20 см в диаметре. Поверхность кисты гладкая, форма овальная или округлая, содержимое прозрачное, водянистое. Тонкая стенка кисты состоит из соединительной ткани с примесью мышечных и эластических волокон; внутренняя поверхность кисты покрыта цилиндрическим или плоским эпителием.

Симтоматология. Развитие пароварильной кисты у взрослых женщин обычно не сопровождается никакими болезненными симптомами. При больших размерах кисты могут возникнуть боли, альгоменорея, учащение мочеиспускания (вследствие смешения и сдавления соседних органов). При развитии подобной кисты у девочки часто возникают боли внизу живота и в пояснице, увеличение живота, перекручивание ножки и даже разрыв капсулы кисты.

Диагностика. Диагноз пароварильной кисты до операции представляется затруднительным. Он облегчается в том случае, если рядом с кистой прощупывается неизмененный яичник. Часто пароварильная киста до операции диагностируется как внутрисвязочная кистома. Такой диагноз основывается на низком расположении кисты по отношению к матке и сводам влагалища, на ограниченной подвижности кисты.

В ряде случаев пароварильные кисты обладают большой подвижностью вследствие растяжения листков широкой связки и осложняются перекрутом ножки.

Прогноз. Предсказание вполне благоприятное.

Лечение. При установлении диагноза пароварильной кисты показано оперативное лечение — вылущение кисты (с сохранением яичника и трубы). Пароварильная киста в отличие от опухолей яичника чаще не имеет ножки и располагается между листками широкой маточной связки; труба обычно находится над кистой (рис. 103). При больших размерах и глубоком внутрисвязочном росте кисты операция представляет серьезные трудности. Маточная артерия и мочеточники часто располагаются атипически; во время операции возникает значительное паренхиматозное кровотечение из клетчатки широкой маточной связки. Изредка при интимной связи кисты с трубой и яичником приходится удалять и эти органы.



Рис. 103. Паровариальная киста (топографические отношения с трубой, яичником).

КИСТЫ МАТОЧНЫХ ТРУБ

Большое практическое значение имеют мешотчатые образования (saccosalpinx), возникающие при воспалительных заболеваниях маточных труб. Эти образования возникают при растяжении полости маточных труб (серозным, кровянистым или гнойным) экссудатом.

Они описаны в главе V «Воспалительные заболевания женских половых органов».

КИСТЫ МАТКИ

Кисты матки встречаются весьма редко и не имеют большого практического значения. В теле матки образования типа кисты могут возникнуть как результат внутреннего эндометриоза (см. с 216), или погружения серозного эпителия в миометрий. Эти кисты не достигают больших размеров и обнаруживаются лишь случайно при операции.

В шейке матки бывают кисты из остатков мезонефрального (гартнерова) хода. Располагаются они на боковой стенке шейки матки и переходят часто в широкую маточную связку; кисты эти бывают одиночные или множественные в виде бисера. Весьма редко они достигают значительного (до 10 см и больше) размера; внутри они представляются многокамерными. Стенка кисты шейки матки состоит из плотной соединительной ткани.

С и м п т о м а т о л о г и я. Симптоматология этих кист крайне скудна; при больших размерах они могут обусловить затруднения при половой жизни.

Д и а г н о с т и к а. Диагноз кисты шейки матки может быть поставлен при гинекологическом (в том числе прямокишечном) исследовании. При этом необходимо определить отношение кисты к стенкам матки и границы внедрения ее в широкую маточную связку.

Лечение. При небольших размерах кисты шейки матки показано наблюдение. При значительных размерах кисты и наличии болезненных явлений (например, затруднение при половом сношении) показано вылущение опухоли. Необходимо учитывать возможность больших технических трудностей и опасности повреждения мочеточника и маточных сосудов, так как опухоль иногда глубоко проникает в широкую связку.

Ретенционные кисты желез шейки матки, так называемые наботовы яички (ovula Nabothi), возникают в результате длительного воспалительного процесса шейки матки и эрозий (большей частью гонорейной этиологии). Они не представляются самостоятельным заболеванием и ликвидируются путем прокалывания или электрокоагуляции шейки матки. В редких случаях внутри них возникает рак.

КИСТЫ ВЛАГАЛИЩА

Кисты влагалища возникают из остатков гартнерова хода (рис. 104). Чаще всего они локализуются в верхней части боковой стенки влагалища, реже — в нижней его трети. Форма их удлиненная и часто напоминает нитку бисера. Размеры обычно невелики и редко доходят до 10—12 см в диаметре. Стенка таких кист состоит из соединительной ткани; внутренняя поверхность их покрыта однослойным цилиндрическим мерцательным или кубическим эпителием, а иногда многослойным плоским эпителием. Содержимое кист тягучее, желтоватого цвета. Весьма редко во влагалище возникают кисты в результате расширения лимфатических сосудов или бывшей гематомы.

Симптоматология. Кисты влагалища небольших размеров не дают никаких болезненных симптомов. При больших кистах может появиться ощущение давления на низ и произойти выпячивание кисты из влагалища, что затрудняет половой акт.

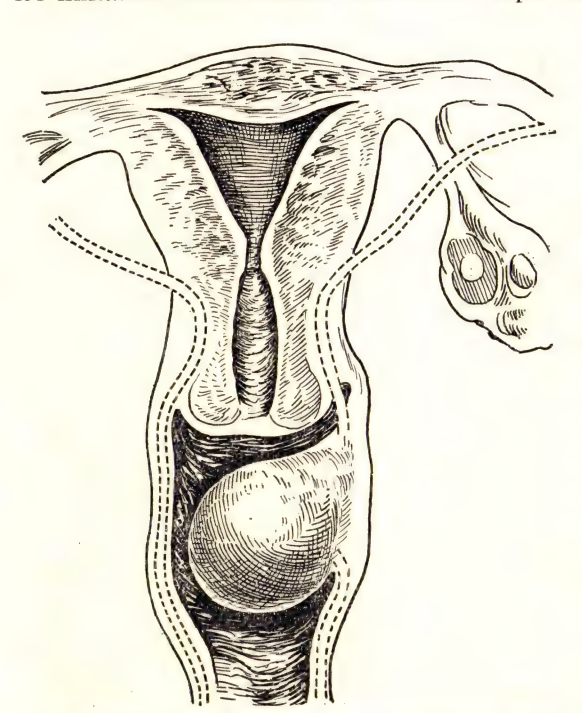


Рис. 104. Киста влагалища из гартнерова хода.

Диагностика. Диагноз кисты влагалища устанавливается путем влагалищного исследования и осмотра с помощью зеркал. В дифференциально-диагностическом отношении важно учесть возможность цисто- и ректоцеле, дивертикула уретры и мочевого пузыря. С целью уточнения диагноза необходимо применить ректальное исследование, катетеризацию; в затруднительных случаях показана уретро- и цистоскопия.

Прогноз. Предсказание благоприятное.

Лечение. Оперативное удаление показано лишь при значительных размерах кисты и возникновении болез-

ненных симптомов. Вылущение кисты влагалища может представлять большие трудности и, кроме того, связано с опасностью повреждения мочеиспускательного канала, мочевого пузыря, мочеточника, прямой кишки.

КИСТЫ ВУЛЬВЫ

В области вульвы наиболее часто возникают кисты вестибулярной железы; они обычно являются результатом предшествующего каналикулита и закупорки выводного протока железы. При этом в толще большой половой губы, в задней ее трети, определяется безболезненное подвижное образование овоидной или округлой формы. Консистенция кисты эластическая, поверхность гладкая; пальпация ее безболезненна. Со стороны наружной поверхности больших половых губ никаких воспалительных изменений не отмечается; в окружности выводного протока железы может быть отмечено небольшое покраснение. Пальпировать выводной проток железы не удается.

Симптоматология. При небольших размерах кисты какие-либо болезненные симптомы отсутствуют; при большой кисте больная может испытывать некоторую неловкость при ходьбе, затруднение при половом акте. Крайне редко наблюдается инфицирование содержимого такой кисты; при этом возникают повышение температуры, болезненность, увеличение объема кисты. При несвоевременно поставленном диагнозе и отсутствии оперативного пособия происходит прорыв содержимого инфицированной кисты и образуется свищ.

Прогноз. При неосложненной кисте большой вестибулярной железы предсказание благоприятно.

Лечение. При росте кисты и возникновении болезненных ощущений показана операция вылущения кисты.

ГЛАВА VIII

ЭНДОМЕТРИОЗ (АДЕНОМИОЗ)

Термином «эндометриоз» (аденомиоз), или «эндометриоидная гетеротопия», определяют патологический процесс, при котором в мышечном слое стенки матки или в других органах половой системы и вне ее определяют включения, по строению и функции подобные слизистой оболочке матки.

По локализации эндометриоз делят на две группы 1) генитальный — внутренний и наружный; 2) экстрагенитальный.

В случае нахождения эндометриоидной гетеротопии в стенке матки (рис. 105 и 106) говорят о внутреннем эндометриозе (endometrisis interna), в других половых органах — о внешнем эндометриозе (endometriosis externa).



Рис. 105. Стенка матки имеет ячеистое строение.

К экстрагенитальной группе эндометриоза относят эндометриоз ретроцервикальный (рис. 107), кишечника, мочевого пузыря, послеоперационного рубца передней брюшной стенки, мышц бедра, почки, конъюнктивы, легких.

Макроскопически эндометриоз (аденомиоз) представляется в виде мелких изолированных или слившихся с окружающими тканями гнезд округлой или удлиненной формы со стекловидным содержимым (или темной менструальной кровью) или в виде более крупных кистозных полостей, несколько напоминающих пчелиные соты. Микроскопически определяют то трубчатые, то ветвящиеся, а иногда кистозно расширенные железы, покрытые однослойным цилиндрическим эпителием. Часть клеток имеет реснички, как у мерцательного эпителия. В отдельных клетках обнаруживают явления секреции. Важнейшими и характерными особенностями этих включений (независимо от места нахождения их — в мышечном слое матки или вне матки) являются наличие изменений, синхронных с циклическими изменениями слизистой оболочки матки половозрелой женщины, и обнаружение децидуальной реакции при беременности. Однако фазы десквамации в очагах эндометриоза почти никогда не наблюдается. Характерной особенностью эндометриоза является наклонность к распространению на окружающие органы и ткани, прорастание их и спаивание в единый конгломерат. Способностью к прорастанию

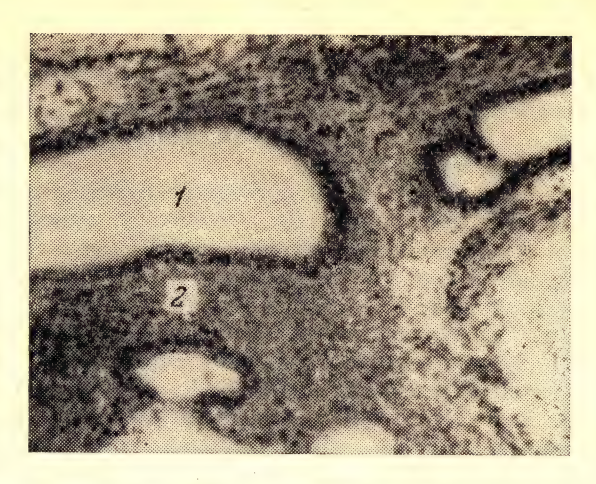


Рис. 106. Эндометриоз матки.
1 — кистозно растянутая железа; 2 — цитогенная строма.

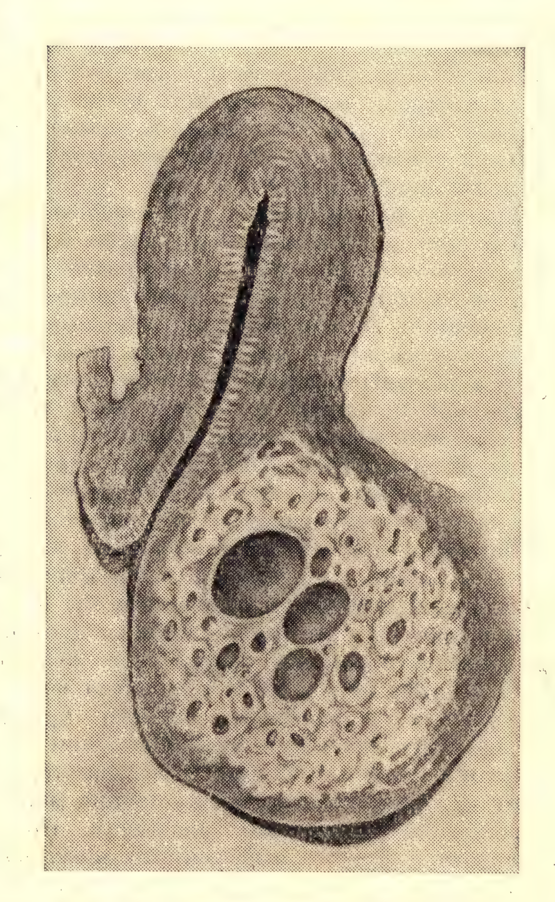


Рис. 107. Ретроцервикальный эндометриоз.

обладает цитогенная строма, растворяющая соединительнотканные и эластические волокна. В отдельных случаях гистоморфологический субстрат представлен одной стромой, без желез. Подобные образования называют стромальным эндометриозом. Малигнизация эндометриоза (в рак, саркому) наблюдается редко.

Способность к циклическим изменениям и инфильтративному росту эндометриоза проявляется только у женщин половозрелого возраста.

При развитии в стенке матки эндометриоза она представляется диффузно или неравномерно увеличенной и имеет форму двурогой или же в ней определяется несколько субсерозных узлов; весьма частая локализация эндометриоза — маточные углы и верхняя часть задней стенки матки. Эндометриоз матки нередко сочетается с железистой гиперплазией слизистой оболочки и миомой матки. Нередко узлы аденомиоза исходят из задней стенки шейки матки и представляются в виде субсерозного узла миомы (см. рис. 107). Стромальный эндометриоз матки может быть в форме диффузного образования, больших узлов, подслизистого узла, полипа; все эти образования характеризуются желтым, иногда красным или коричневым цветом. При прорастании стромального эндометриоза (по лимфатическим сосудам) в параметрий маточные связки обнаруживают характерные веревкообразные или червеобразные эластические тяжи желтого цвета.

Эндометриоз шейки матки при осмотре с помощью зеркал представляется в виде участков красного цвета (округлой, неправильной формы), иногда в виде пузырьков, глазков размером от булавочной головки до нескольких сантиметров, изредка покрывающих всю поверхность влагалищной части шейки матки.

Эндометриоз маточных труб представляется в виде небольших (3—5 мм и меньше) узелков, заложенных в толще ее стенки; подобные изменения называют узловым сальпингитом (salpingitis nodosa); иногда эндометриоз маточной трубы определяется лишь при микроскопическом исследовании. Эндометриоз яичника может представлять собой поверхностные образования в виде мелких кист или же более крупную (до 10—15 см в диаметре) кисту с содержимым шоколадного цвета. На гладкой внутренней поверхности стенки такой кисты находят уплотнения, которые при микроскопическом исследовании оказываются участками ткани, подобной эндометрию. Однако рассматривать все случаи так называемых шоколадных кист яичника как эндометриоз нельзя, если диагноз не подтвержден данными гистологического исследования.

Вопрос о причине возникновения эндометриоза подвергается всестороннему изучению, однако и до настоящего времени нет теории, которая вполне удовлетворительно отвечала бы на него.

Согласно теории эмбриональных дистопий Реклингаузена и Космана, эндометриоз возникает из остатков вольфовых и мюллеровых ходов. Н. С. Иванов еще в 1898 г. доказал возможность развития железистых образований из серозного покрова брюшины. Так возникла теория серозно-эпителиального происхождения эндометриоза. Согласно теории Семпсона, развитие эндометриоза связано с имплантацией маточного эпителия при ретроградном продвижении менструальных выделений при акушерско-гинекологических операциях. По теории Гальбана эндометриоз развивается путем лимфогенного метастазирования маточного эпителия.

Наибольшее число сторонников имеет теория дисгормональной метаплазии Мейера. Согласно этой теории, развитие эндометриоза связано с гормональными расстройствами, ведущими к пролиферации целомическо-

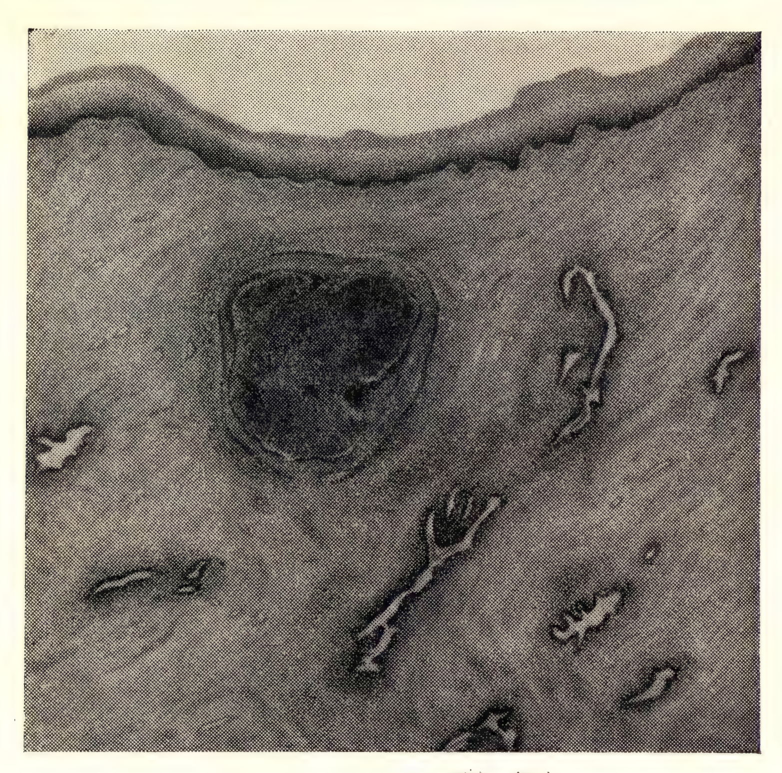


Рис. 108. Эндометриоз влагалища.

го эпителия, расположенного среди зрелых клеток мезотелия брюшины. Следует допустить, что для эндометриоза различных локализаций возможны различные пути возникновения. Развитие эндометриоза шейки наблюдается у женщин с разрывами шейки матки, эктропионом, после диатермокоагуляции по поводу рецидивирующей псевдоэрозии.

В соответствии с современными представлениями о возникновении эндометриоза его следует считать дисгормональной гиперплазией, а не опухолью.

Клиническое течение. Симптоматология эндометриоза матки довольно характерна. Важнейшие симптомы заболевания: 1) значительное увеличение кровопотери и длительности менструаций (гипер- и полименорея); 2) боли перед и во время менструации (альгоменорея); 3) увеличение объема матки перед и во время менструации и уменьшение ее по окончании менструации. Эндометриоз шейки матки наиболее часто проявляется кровянистыми выделениями из половых путей, проявляющимися за 1—10 дней до менструации. Участки эндометриоза приобретают более яркий цвет и кровоточат в предменструальный период. Болевого синдрома, как правило, не наблюдается.

При эндометриозе, развивающемся во влагалище (рис. 108) ретроцервикально или в пузырно-влагалищной перегородке, отмечаются следующие симптомы: тянущие боли внизу живота и в пояснице до и во время менструации; затруднение дефекации; последний признак непостоянен. При исследовании в позадивлагалищной или влагалищно-пузырной клетчатке определяется инфильтрат с бугристой поверхностью; иногда он

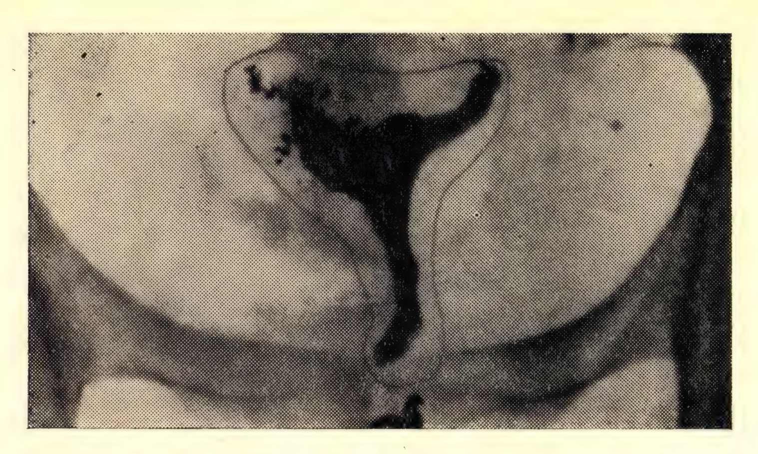


Рис. 109. Эндометриоз матки. Метрография; контрастный жидкостью заполнены эндометриоидные полости в стенке матки.

имеет форму отдельных четок. Слизистая оболочка влагалища приобретает в ряде участков выраженную синюшную окраску («синюшные глазки»).

При эндометриозе пупка в послеоперационном свище передней брюшной стенки больная отмечает инфильтрат в соответствующей области и синюшную его окраску до и во время менструации; иногда во время нее появляются кровянистые выделения из пупка или свищевого отверстия.

Ретроцервикальный эндометриоз при тенденции к быстрому инфильтративному росту может прорастать в стенку прямой кишки и резко суживать ее, вызывая непроходимость. В подобных случаях необходима срочная операция.

Диагностика. Распознавание эндометриоза матки представляет иногда большие затруднения. При этом необходимо учитывать, что симптоматология этого заболевания и данные объективного исследования (увеличение матки, бугристая поверхность ее) напоминают таковые миомы матки. Дифференциальная диагностика возможна с учетом указаний на нарастание резкой болезненности во время менструации и при наличии изменений объема матки в различные фазы цикла. Боли при эндометриозе длительные, тянущие и не носят схваткообразного характера, как при субмукозной миоме. У ряда больных окончательный диагноз возможен только после тщательного макро- и микроскопического исследования удаленной матки. Необходимо также учесть, что нередко наблюдаются случаи сочетания миом и аденомиоза матки.

Иногда диагноз эндометриоза матки может быть установлен путем метросальпингографии. Если имеется свободное сообщение эндометриоидных разрастаний с полостью матки, то контрастное вещество проникает в них и на рентгенограмме видны множественные округлые, овальные или удлиненные просветы, расположенные внутримышечно, как отдельные лакуны или карманы (рис. 109).

Диагноз эндометриоза шейки матки может быть поставлен на основании анамнеза (предменструальные кровянистые выделения), осмотры шейки с помощью зеркал и кольпоскопии. Окончательный диагноз подтверждается только при гистологическом исследовании.

При диагнозе эндометриоза влагалища, влагалищно-пузырного или позадишеечного эндометриоза необходимо учитывать наличие болей до и

во время менструации, затруднений при дефекации, изменений объема инфильтрата в различные фазы цикла, болезненность при половом сношении. Затруднения дефекации возникают при обширном поражении влагалищно-прямокишечной перегородки. В сомнительных случаях показана биопсия.

Диагноз эндометриоза маточных труб очень затруднителен. Периодически усиливающиеся боли в животе, совпадающие с менструальным периодом, далеко не постоянны. Маточные трубы четкообразно утолщены, плотны. Нередко в анамнезе имеются указания на бесплодие или трубную беременность.

Эндометриоз в послеоперационном свище передней брюшной стенки или пупка диагностируется на основании наличия кровянистых выделений из свищевого хода (или пупка) и синюшной окраски участков эндометриоза во время менструаций.

Предсказание относительно благоприятно, так как злокачественное превращение происходит редко. Однако устранение болезненных симптомов весьма затруднительно и не всегда достигается при лечении.

Лечение. Лечение больных эндометриозом может быть гормональным, хирургическим и симптоматическим. Консервативное гормональное лечение является основным в терапии эндометриоза. Оно показано в любом возрасте больной и при всех формах эндометриоза яичников. Для лечения используются прогестины (например, инфекундин). Противопоказаниями служат тромбофлебит, заболевания печени. Инфекундин назначается циклами (по 1 таблетке с 5-го по 25-й день цикла) в течение 6—12 мес или в виде непрерывной терапии. Эффективность лечения выражается в основном в прекращении болевых ощущений, циклических изменений в очагах поражения, иногда уменьшении и даже исчезновении опухолевидных образований. При обнаружении эндометриоза влагалища, влагалищно-прямокишечной, влагалищно-пузырной перегородках и подбрюшинной клетчатки маточно-прямокишечного углубления необходимо помнить, что он крайне редко превращается в рак, хотя обладает инфильтративным ростом. В связи с особенностями роста оперативное лечение может быть сложным и показано лишь при наличии резко выраженных болезненных симптомов и безуспешности гормонотерапии. Операция состоит в вылущивании узлов эндометриоза. При эндометриозе тела матки и наличии болезненных симптомов (альгоменорея и гиперполименорея) показана ампутация матки без придатков, при эндометриозе шейки матки — электрокоагуляция за 4—5 дней до менструации, при эндометриозе перешейка — экстирпация матки. При ретроцервикальном эндометриозе и наличии резких болей или эндометриозе в послеоперационном рубце показано оперативное удаление участков аденомиоза. Радикальное хирургическое удаление очагов эндометриоза не всегда технически возможно. В подобных случаях целесообразно сочетание оперативного лечения с гормонотерапией синтетическими прогестинами. При диагнозе эндометриоза яичника показана овариотомия. С наступлением менопаузы болезненные симптомы, связанные с эндометриозом, обычно исчезают. В старческом возрасте показания к оперативному лечению возникают редко — при невозможности исключить злокачественный характер опухоли или инфильтрата. Лучевая терапия в настоящее время не применяется.

Симптоматическое лечение заключается в назначении болеутоляющих (свечи с белладонной по 0,03 г 2 раза в день), кровоостанавливающих (стиптицин по 0,05 г 3 раза в день, эрготал по 1 мг в день), водяного перца (Extr. polygoni hydropiperis fl.) по 30 капель 3 раза в день.

ГЛАВА IX

ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Общие данные

До настоящего времени нет общепринятых представлений об этиологии и патогенезе опухолей. В связи с этим определения понятия «опухоль», которые дают различные авторы, также весьма противоречивы. Опухоль — патологический процесс, характеризующийся извращением нормального роста и размножения тканей и клеток организма. Такое извращение роста служит проявлением нарушения регуляции функций организма.

Следует считать установленным, что опухолевая клетка является качественно измененной клеткой организма и что рост опухоли является результатом размножения этих опухолевых клеток.

В развитии опухоли можно различать четыре стадии: 1) неравномерная диффузная гиперплазия тканей; 2) стадия очаговых разрастаний (пролифератов); 3) образование обособленного от окружающих тканей узла-опухоли; 4) инфильтрация и разрушение окружающих тканей — малигнизация. Последняя стадия наблюдается не всегда.

По вопросу о причинах превращения клеток организма в опухолевые существует много теорий (подробнее см. учебники патологической анатомии и патологической физиологии).

В последние годы получены данные, свидетельствующие о важной роли гормонов в развитии опухолей матки, молочных желез, яичников. Опухоли этих органов называют гормонозависимыми, так как они возникают в органах — «мишенях», находящихся под непосредственным регулирующим влиянием эндокринных желез.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Общепринято делить опухоли на доброкачественные и злокачественные. Последние характеризуются способностью разрушать ткани, давать метастазы (переносы) в отдельные органы. Однако при разделении опухолей на доброкачественные и злокачественные необходимо принять во внимание некоторую условность подобной классификации ввиду отсутствия четких разграничений между этими опухолями, с одной стороны, и существования все более широко признаваемых предраковых заболеваний — с другой. Так, например, морфологически доброкачественные цилиоэпителиальные кистомы способны (после прорастания папиллом на наружную поверхность стенки опухоли) к диссеминации своих эпителиальных элементов в брюшной полости с образованием асцита и последую-

щим клиническим течением, характерным для злокачественной опухоли. Течение опухолей одинакового гистологического строения (например, гранулезоклеточных) может быть как доброкачественным, так и злокачественным.

Вместе с тем злокачественная опухоль, по современным представлениям, не возникает внезапно — она проходит более или менее длительный период так называемого предракового состояния. Известно, что возникновению злокачественной опухоли нередко предшествуют местные патологические процессы: раку шейки матки — длительно существующая лейкоплакия (некоторые формы), дисплазия эпителия, раку тела матки — атипическая гиперплазия ее слизистой оболочки, раку желудка — язва желудка, полипоз, гастрит и т. п.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Опухоли женских половых органов могут быть разделены, согласно их гистологическому строению, а частично и гистогенезу, на отдельные виды в зависимости от той ткани, из которой они произошли: 1) эпителиальные опухоли; 2) опухоли из мышечной ткани; 3) опухоли из соединительной ткани.

В половых органах женщин — матке, яичниках возникают иногда смешанные опухоли (в состав их паренхимы входит несколько тканей), тератоидные или герминогенные опухоли.

Каждый из этих видов опухолей делится, в зависимости от степени зрелости их элементов, на две группы: зрелые доброкачественные и незрелые злокачественные. Кроме того, можно выделить особую группу гормонпродуцирующих опухолей яичников; они являются в одних случаях доброкачественными, в других — злокачественными.

Доброкачественные опухоли вульвы и влагалища, матки и маточных труб

Доброкачественные опухоли вульвы и влагалища

Фибромы вульвы и влагалища

Фибромы этой локализации встречаются редко. Фиброма вульвы представляет собой плотный подвижный узел или опухоль на ножке (fibroma pendulum). Вес ее может достигать нескольких килограммов. При распознавании опухоли вульвы надо дифференцировать ее от паховой или бедренной грыжи. Лечение оперативное.

Миома влагалища

Миома влагалища встречается очень редко и не имеет большого клинического значения. Опухоль имеет вид плотного узла, выпячивающегося на широком основании в полость влагалища. Болезненные симптомы обычно отсутствуют; при значительных размерах опухоли возникают препятствия для половой жизни. Прогноз благоприятный. Лечение состоит в вылущении узла.

Доброкачественные опухоли матки

Доброкачественные опухоли из мышечной ткани

Миома матки

Опухоли из мышечной ткани называют миомами; различают миомы из гладких мышечных волокон — лейомиомы, из поперечнополосатых мышечных волокон — рабдомиомы. В половой системе женщины наиболее часто встречаются миомы матки и крайне редко — миомы маточных связок (круглой, широкой), труб, влагалища. По данным массовых профилактических осмотров, они встречаются у 3,2% женщин в возрасте стар-



Рис. 110. Множественная миома матки.

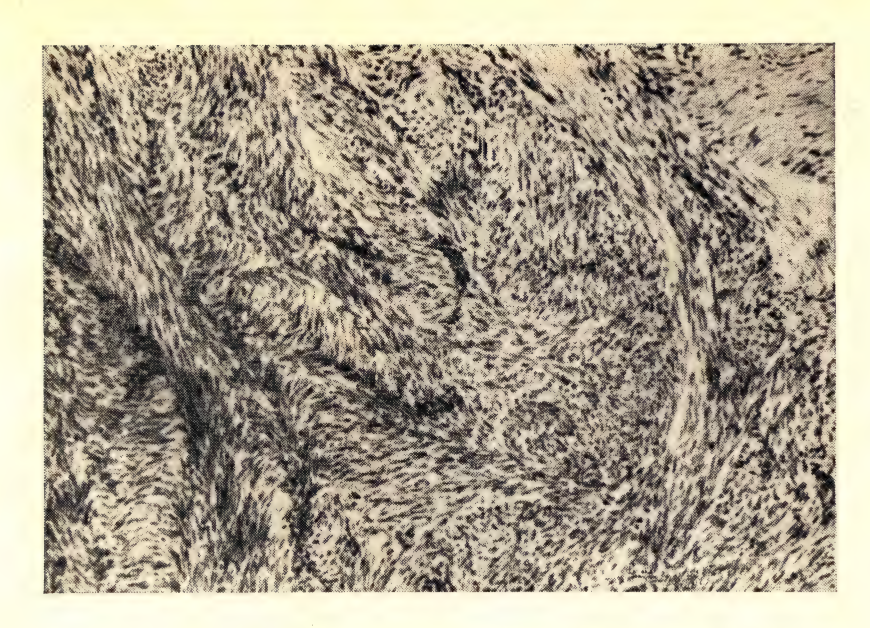


Рис. 111. Гистологическое строение миомы матки.

ше 30 лет, реже (0,7—0,8%) в более молодом возрасте. После прекращения менструаций миомы, как правило, не развиваются, а, наоборот, нередко уменьшаются или совсем исчезают.

Вопрос о причинах развития миом нельзя считать окончательно разрешенным. В настоящее время опровергнуты представления о преимущественной гиперэстрогении в ее генезе; вместе с тем остается еще неясным вопрос о характере гормональных нарушений, приводящих к развитию миом. Можно лишь сформулировать положение, что миома матки (и других половых органов) является дисгормональной гиперплазией мышечной ткани.

Морфогенез миомы матки проходит три последовательных этапа: 1) образование «активного зачатка роста» в миометрии с нарушением метаболизма; 2) быстрый рост опухоли без признаков дифференцировки; 3) экспансивный рост с дифференцировкой опухоли и ее созреванием. В зависимости от направления роста узлов различают три вида миом (рис. 110): интерстициальную миому, когда опухоль расположена в толще стенки матки, субмукозную, когда значительная часть опухоли выпячивается в полость матки, и субсерозную, когда опухоль развивается подбрюшинно.

Миома состоит в основном из мышечной ткани; соединительная ткань составляет строму опухоли и как бы вторично вовлекается в нее (рис. 111). Если в новообразовании преобладает соединительная ткань, а мышечной ткани меньше, такую опухоль называют фибромиомой. Кровеносные и лимфатические сосуды и нервы миом подходят к опухоли в виде отдельного компактного пучка или многочисленных тонких разветвлений. Рост интерстициальной миомы матки обусловливает диффузное или асимметричное увеличение матки, величина которой в некоторых случаях может соответствовать размерам ее при доношенной беременности.

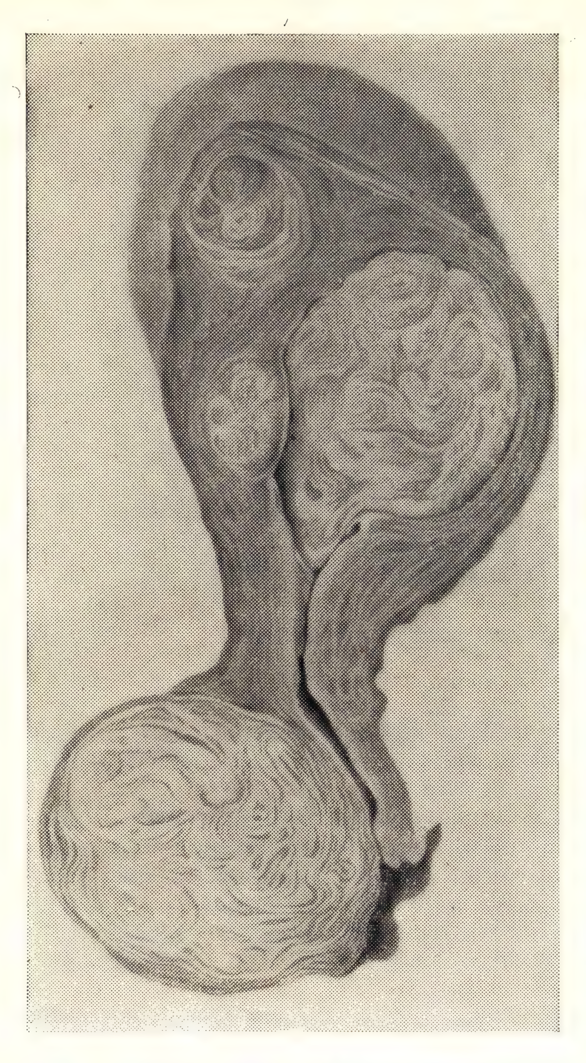


Рис. 112. Миома шейки и тела матки.

Развитие субсерозных узлов приводит к деформации матки. Узлы опухоли, выпячиваясь в сторону брюшины, располагаются на широком основании или же связаны со стенкой матки более или менее длинной истонченной ножкой. При развитии множественных субсерозных узлов матка приобретает форму картофельного клубня. При этом резко изменяется топография связок и маточных труб, а матка может повернуться вокруг своей продольной оси (rotatio uteri) или же происходит перекрут тела матки вокруг шейки (torsio uteri). При субмукозном росте миома, выпячивая впереди себя слизистую оболочку матки, обусловливает деформацию ее полости. В дальнейшем такая опухоль является причиной возникновения сокращений матки и «рождения» опухоли через раскрытый канал шейки матки во влагалище в виде полипа на ножке.

Миома развивается в шейке матки (рис. 112) или во влагалищной части шейки значительно реже: 4—5% всех миом. Миома шейки, как и тела матки, развивается вначале интерстициально в одной из стенок шейки матки.

Слизистая оболочка матки при миомах имеет различное строение в зависимости от возраста больной, функции яичников, предшествующих заболеваний и формы опухоли (субсерозная, интерстициальная или субмукозная). В одних случаях нормальное строение слизистой оболочки с обычными циклическими изменениями, в других — гиперплазия и, наконец (чаще при субмукозных миомах), атрофия слизистой оболочки.

С и м п т о м а т о л о г и я. Установлено, что развитие миомы иногда не сопровождается никакими клиническими симптомами. Опухоль обнаруживается при профилактическом медицинском осмотре, посещении женской консультации по поводу каких-либо других болезненных симптомов или, наконец, на вскрытии. Наряду с этим у ряда больных наблюдаются болезненные симптомы, значительно нарушающие их общее состояние и трудоспособность.

Важнейшие симптомы миом матки: 1) меноррагии типа гипер- и полименореи (обильные и длительные менструации), реже метроррагия; 2) постгеморрагическая анемия; 3) боли; 4) нарушение функции соседних органов (мочевой системы, желудочно-кишечного тракта).

Гипер- и полименорея часто наблюдаются у больных с миомой. Менструации, до заболевания проходившие нормально, затягиваются до 10 и даже 12 дней и становятся очень обильными. Причины подобного изменения менструаций весьма сложны: изменения метаболизма эстрогенов, нарушение сократительной способности мышц матки, увеличение поверхности ее слизистой оболочки.

Значительно реже у больных с миомой возникают ациклические кровотечения. Метроррагия наблюдается при субмукозной миоме, когда в процессе «рождения» опухоли происходит нарушение целости слизистой оболочки. Важно помнить, что у женщины в возрасте старше 40 лет возможно одновременное сосуществование миомы и рака матки. Поэтому у каждой больной с миомой матки, страдающей ациклическими кровотечениями, необходимо производить не только зондирование матки (деформация полости при субмукозной миоме), но и выскабливание ее слизистой оболочки с гистологическим исследованием соскоба. Выскабливать слизистую оболочку матки при субмукозной миоме надо крайне осторожно во избежание травмы опухоли с последующим некрозом и возможным ее инфицированием.

Ежемесячные обильные кровопотери во время менструаций создают условия для развития постгеморрагической анемии. Кожные покровы приобретают бледно-желтый цвет, слизистые оболочки крайне бледны, лицо одутловато, на ногах пастозность или отеки. При исследовании крови нарастает уменьшение числа эритроцитов (до 1 млн. и меньше), понижение процента гемоглобина (до 30—20 единиц), появляются молодые формы эритроцитов, снижается масса циркулирующей крови при преобладающем уменьшении массы циркулирующих эритроцитов (возникает олигоцитемическая гиповолемия). Больные жалуются на слабость, одышку, головокружение, нарушение работоспособности во время менструаций и в промежутке между ними. Пульс лабилен, легко учащается до 80—100 в минуту; часто наблюдаются сердцебиения. При аускультации сердца выслушивают дующий систолический шум у верхушки.

Боли при субмукозной миоме обусловливаются сокращениями матки и рождением опухоли. Вначале они возникают лишь до и во время менструаций, а затем не прекращаются и в межменструальном периоде. Боли при субсерозной миоме могут зависеть от быстрого роста опухоли (например, при беременности), а также от перекручивания ножки субсерозного узла. При внутрисвязочном росте миомы и шеечной миоме боли возникают от сдавления опухолью соседних органов (мочевых путей, кишечника), нервных сплетений, а также при некротизации опухоли.

Нарушения функции соседних органов возникают главным образом при внутрисвязочной, шеечной или субсерозной миоме, близко расположенной к шейке. Рост опухоли кпереди от матки сопровождается учащенным мочеиспусканием, затруднением его, иногда с последующим развитием парадоксальной ишурии. Задержка мочеиспускания может быть обусловлена также рождением во влагалище крупного субмукозного узла миомы. Рост опухоли между листками широкой связки, вплоть до стенок таза, может сопровождаться нарушением топографии мочеточников, их сдавлением, образованием гидроуретера и гидронефроза. Позадишеечная опухоль может обусловить затруднение опорожнения прямой кишки.

Ущемление опухоли в малом тазу может обусловить некроз узла и непроходимость кишечника (задержка газов, рвота, перитонит).

Осложнение миом. В процессе развития миом возникает (кроме указанных выше) ряд осложнений, знание которых необходимо для понимания симптоматологии, диагностики и терапии больных с миомой матки. Наиболее важное значение из них имеют: 1) перекручивание ножки опухоли, нарушение кровоснабжения опухоли, некроз и инфицирование ее; 2) выворот матки; 3) злокачественное превращение, острое кровотечение.

Перекручивание ножки субсерозной миомы может происходить постепенно или внезапно в результате резкого физического напряжения больной, при быстром выхождении опухоли из малого таза в большой (во время родов, в послеродовом периоде). Оно сопровождается такими же симптомами, как и перекручивание ножки опухоли яичника.

При перекручивании ножки субсерозной миомы возникают явления застоя и кровоизлияния в опухоль, нарушение ее питания с последующим некрозом. Вторая причина некроза миомы — рождение субмукозного узла; при этом резко нарушается его питание. Третья причина некротизации — резкое расстройство кровоснабжения опухоли во время родов (при ущемлении ее).

Инфицирование миомы происходит обычно в результате предшествующего ее некроза и грозит при отсутствии своевременного распознавания и соответствующего оперативного лечения развитием параметрита, ограниченного или разлитого перитонита и, наконец, генерализацией септического процесса.

Септическое заболевание наиболее часто возникает при субмукозных миомах в процессе их рождения. Повышается температура тела, появляется озноб, общее состояние нарушается. СОЭ увеличена, имеется лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево. При гинекологическом исследовании определяют родившийся некротизированный узел с серо-грязным налетом, гнойные кровянистые или ихорозные выделения.

Рождение субмукозного узла изредка сопровождается онкогенетическим выворотом матки. При этом возникают острые боли и развивается состояние шока. При осмотре обнаруживают, что на поверхности вывернутой матки находится (на ножке, реже на широком основании) узел опухоли. Подробнее о вывороте матки см. главу XI.

Злокачественные миомы составляли не более 0,5% всех миом. Подозрение на малигнизацию опухоли возникает при обнаружении быстрого роста ее, особенно в старческом возрасте. Возможно также развитие саркомы из соединительной ткани опухоли (матки).

Очень редко при миомах возникает обильное кровоизлияние в брюшную полость вследствие распада некротизирующего узла и кровотечения из нарушенных сильноразвитых сосудов. Клинические признаки подобного осложнения: острое малокровие, падение пульса.

К изменениям в миомах, клиническое течение которых весьма невелико, относятся следующие: гиалиновая дистрофия, кистозное размягчение, обызвествление, атрофия миомы.

Атрофия миомы возникает в старческом возрасте, а также при искусственной кастрации (оперативной или лучевой).

Миома и беременность. При сочетании миомы и беременности обычно особых осложнений не возникает, если имеются главным образом небольшие интерстициальные, субсерозные миомы. Однако иногда могут развиваться осложнения, которые можно разделить на две группы: а) ослож-

нения со стороны миомы, б) осложнения зачатия, беременности, родов и послеродового периода.

При возникновении беременности отмечается рост опухоли (гиперплазия мышечных элементов и отек опухоли). Частота осложнений со стороны опухоли обусловлена в известной мере ее локализацией и размерами.

Как показывают клинические наблюдения, наибольшая опасность некроза и инфицирования опухоли возникает в послеродовом периоде. Кроме того, в этот же период у большинства родильниц наблюдается параллельное обратной инволюции матки уменьшение размеров опухоли.

Осложнения зачатия, беременности, родов и послеродового периода освещаются более подробно в учебниках по акушерству.

Существует взгляд, что миома является одной из причин бесплодия женщин. Однако лишь в редких случаях, например при рождающейся и инфицированной субмукозной миоме, создаются неблагоприятные условия для возникновения беременности. При чаще встречающихся интерстициальных и субсерозных миомах наступление беременности и родов (при небольших размерах опухоли, расположенной в дне матки) может проходить без каких-либо осложнений.

Диагностика. Вопросы диагностики при миомах представляют ряд особенностей в зависимости от клинической симптоматологии, локализации и размеров опухоли.

Наиболее просто ставится диагноз рождающейся субмукозной миомы: больная жалуется на схваткообразные боли, чувство напирания на низ. В раскрытой шейке матки или в полости влагалища определяется плотная опухоль округлой или овальной формы, с ровной поверхностью; у верхнего полюса опухоли определяется ее ножка. Однако необходимо помнить о возможности ошибочного диагностирования миомы вместо аборта (в ходу), рака и саркомы матки (в форме полипа), а также выворота матки. При распознавании надо учитывать возраст больной (более старый при раке), время последней менструации (аменорея при беременности), консистенцию опухоли (плотная при миоме, саркоме и раке и более мягкая при рождающемся плоде). Во избежание опасной ошибки (нераспознавание рака, саркомы) необходимо подвергать гистологическому исследованию каждую удаленную рождающуюся опухоль. Диагностика субмукозной миомы, находящейся в полости матки, более сложна.

Здесь необходимо учитывать данные анамнеза (периодические схваткообразные боли внизу живота, иногда меноррагия, метроррагия) и результаты объективного исследования — наличие слизистых или слизисто-гнойных выделений из матки, диффузного ее увеличения, иногда субсерозных узлов миомы. В качестве вспомогательного диагностического приема можно использовать зондирование матки (деформация ее полости) и метрографию с помощью контрастного вещества — обнаружение дефекта наполнения полости матки (рис. 113).

При интерстициальной миоме размеры матки могут варьировать от небольших (соответственно ранним срокам беременности) до гигантских, когда опухоль выполняет значительную часть брюшной полости.

Чтобы решить вопрос, откуда исходит опухоль, нужно руководствоваться данными гинекологического исследования; при миоме шейка матки непосредственно переходит в опухоль, тело матки отдельно не контурируется, перемещение опухоли передается на шейку матки, при зондировании обнаруживают удлинение полости матки.

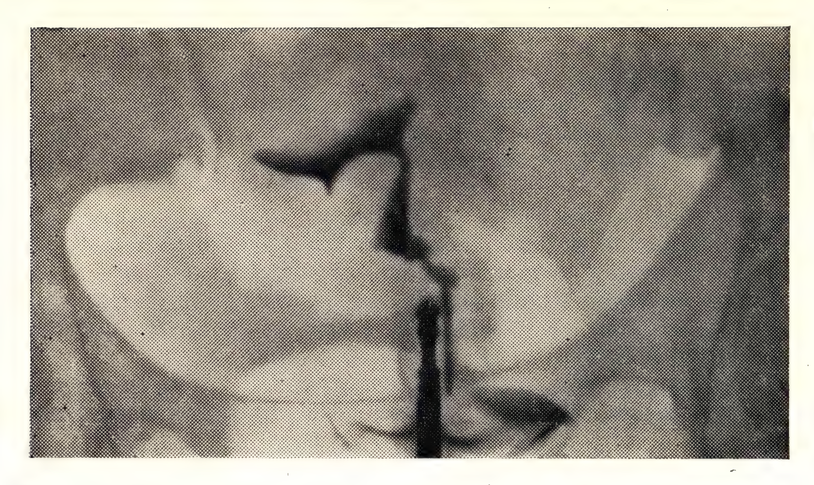


Рис. 113. Метрография. Дефект наполнения матки. Подслизистая миома.

При дифференциальной диагностике между беременностью и миомой матки необходимо учесть данные анамнеза, а также консистенцию и форму матки (шейки матки и тела). При миоме матка плотная, с бугристой (субсерозные узлы), реже ровной поверхностью, при беременности — эластичной или мягкой консистенции, шаровидной или овоидной формы. Цианоз влагалища и влагалищной части шейки матки при миоме может отсутствовать или нерезко выражен; изменения молочных желез, характерные для беременности (нагрубание, выделение молозива, пигментация околососковых кружков и др.), при миоме отсутствуют.

При затруднительных в дифференциально-диагностическом отношении случаях показаны применение реакции на беременность, электрокардиографии и фонокардиографии. Зондирование матки противопоказано ввиду опасности нарушения беременности. При увеличении матки соответственно второй половине беременности необходимо произвести пальпацию опухоли и аускультацию живота с целью исключения достоверных признаков беременности (сердцебиение и движение плода). В очень трудных для диагностики случаях применяют, кроме указанных выше способов исследования, и рентгенографию (скелет плода).

Распознавание беременности при миоматозной матке представляет иногда большие трудности. При этом важно учитывать данные анамнеза (аменорея и другие признаки беременности) и объективного исследования (несоответствие между сроком предполагаемой беременности и размерами матки, ее плотностью, наличие субсерозных узлов, изменения молочных желез).

В сложных случаях показаны применение реакции на беременность, электрофонокардиографии.

Большие дифференциально-диагностические трудности могут возникнуть при наличии субсерозной (одиночной) миомы на ножке. В этих случаях надо дифференцировать миому от кистомы, сактосальпинкса, параметрита. При дифференциальной диагностике между субсерозной миомой на ножке и кистомой яичника необходимо помнить, что консистенция миомы, как правило, плотная, поверхность неровная; кистома яичника обычно эластической консистенции, поверхность ее гладкая.

При дифференциальной диагностике между миомой матки и сактосальпинксом необходимо учитывать данные анамнеза (указание на заболевание после аборта, родов) и объективного исследования; сактосальпинкс большей частью бывает двусторонним, форма его неправильно овоидная или ретортообразная, он малоподвижен. Узел миомы округлой формы, плотной консистенции, подвижен; нередко узлы множественны. Применение лапароскопии, пневмопельвиграфии, ультразвука в ряде случаев позволяет уточнить диагноз.

Распознавание множественных субсерозных узлов миомы матки обычно не вызывает затруднений. При объективном исследовании матка отдельно не контурируется и представляется в виде картофельного клубня с многочисленными плотными узлами. В сомнительных случаях показано зондирование матки.

В процессе обследования больной необходимо обратить внимание на состояние шейки матки, используя не только метод влагалищного исследования, но и осмотр с помощью зеркал, расширенную кольпоскопию, цитологическое исследование поверхностного соскоба слизистой оболочки матки, при необходимости прицельную биопсию, соскоб слизистой шейки, тела матки и гистологический анализ. Комбинированное обследование позволяет своевременно выявить патологические изменения шейки матки, достаточно обоснованно выбрать метод терапии.

П р о ф и л а к т и к а. В настоящее время еще не предложено эффективных мер профилактики миом матки.

Л е ч е н и е. Вопросы терапии зависят от общей характеристики миом как доброкачественных опухолей, наличия или отсутствия болезненных симптомов, возраста больной, размеров и локализации опухоли, состояния шейки матки. Целесообразно различать прежде всего две группы миом: а) бессимптомные (небольшие интерстициальные и субсерозные) миомы; б) субмукозные миомы матки.

При наличии небольшой интерстициальной или субсерозной миомы (размеры матки не превышают 3—4-месячной беременности) и отсутствии болезненных симптомов у больной любого возраста показано дальнейшее наблюдение (один раз в 3 мес), чтобы контролировать рост опухоли, состояние шейки матки и своевременно оценить болезненные симптомы, если они возникнут. У больных в возрасте 45—55 лет, страдающих дисфункциональными маточными кровотечениями при наличии небольшой интерстициальной миомы матки (соответственно 8—11 нед беременности), возможно применение синтетических прогестинов. Диагноз дисфункционального кровотечения должен быть подтвержден с помощью функциональных проб (см. главу III) и гистологического исследования эндометрия. Инфекундин (с учетом противопоказаний — тромбофлебит, заболевания печени) назначается в виде трех циклов по 1 таблетке с 5-го по 25-й день менструального цикла, а при отсутствии регулярного цикла с 5-го дня после диагностического выскабливания слизистой оболочки матки.

Совершенно другой тактики следует придерживаться при субмукозной миоме. В таком случае показано срочное оперативное вмешательство, так как имеется опасность быстрого развития серьезных осложнений (значительная анемизация, некроз узлов, инфицирование опухоли, изредка септическое заболевание). Выбор метода операции зависит от ряда условий: возраста больной, расположения субмукозного узла, наличия или отсутствия ножки. При субмукозной миоме (на ножке), родившейся во влагалище, удаляют опухоль через влагалище путем рассечения ее

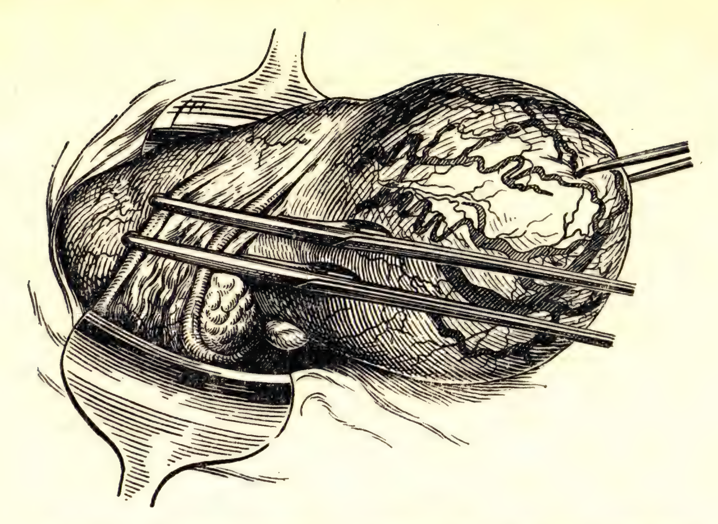


Рис. 114. Надвлагалищная ампутация матки. Наложены (слева) зажимы на круглую маточную связку, трубу, собственную связку яичника.

капсулы и откручивания. При субмукозной миоме, расположенной в полости матки, у молодых женщин производят влагалищную гистеротомию с целью удаления узла, а у других (старше 40 лет) — ампутацию или экстирпацию (при некрозе узла, при значительной деформации шейки матки, наличии предынвазивного рака ее, атипических изменениях влагалищной части шейки и шеечного канала) матки.

Кроме того, показаниями к оперативному лечению по поводу миомы матки являются: 1) прогрессирующее увеличение опухоли; 2) обильные маточные кровотечения, обусловливающие постгеморрагическую анемию; 3) ущемление, перекрут узлов; 4) резкое нарушение мочеиспускания, дефекации; 5) подозрение на злокачественное перерождение; 6) некроз опухоли, инфицирование миомы.

Хирургическое вмешательство может быть консервативным и более радикальным. При наличии нескольких (1—3) субсерозных узлов у молодой женщины, не имеющей детей, можно ограничиться вылущением узлов миомы из матки. Положительная сторона такой операции — сохранение менструального цикла и генеративной функции, отрицательная — возможность рецидива опухоли, о чем необходимо предупредить больную. Типичной операцией при множественной миоме матки, при больших ее размерах является надвлагалищная ампутация матки. У половозрелой женщины целесообразна пересадка лоскута эндометрия в шеечный канал в области внутреннего зева с целью сохранения менструального цикла.

Ампутация матки производится под интубационным наркозом.

Техника операции. После вскрытия брюшной полости накладывают зажимы на круглые связки, маточные трубы, собственные связки яичников (рис. 114), придатки отсекают. Затем рассекают листки широкой связки матки и пузырно-маточную складку брюшины: мочевой пузырь отделяют книзу; разрез заднего листка широкой связки продолжают на заднюю поверхность матки. На боковой поверхности матки выделяют восходящую ветвь маточной артерии и маточные вены, накладывают на них зажимы, пересекают и лигируют сосуды (рис. 115), матку

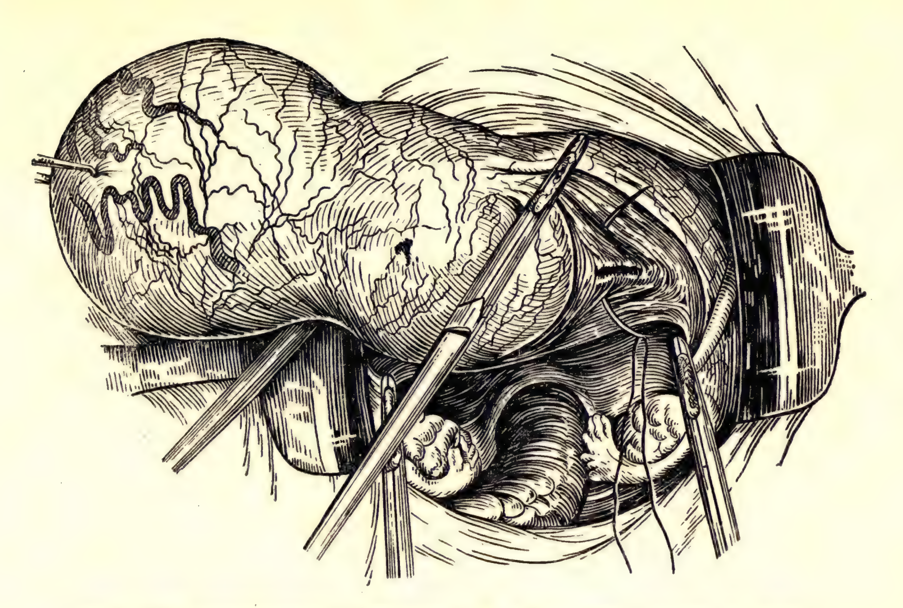


Рис. 115. Накладывается лигатура на маточную артерию и вену.

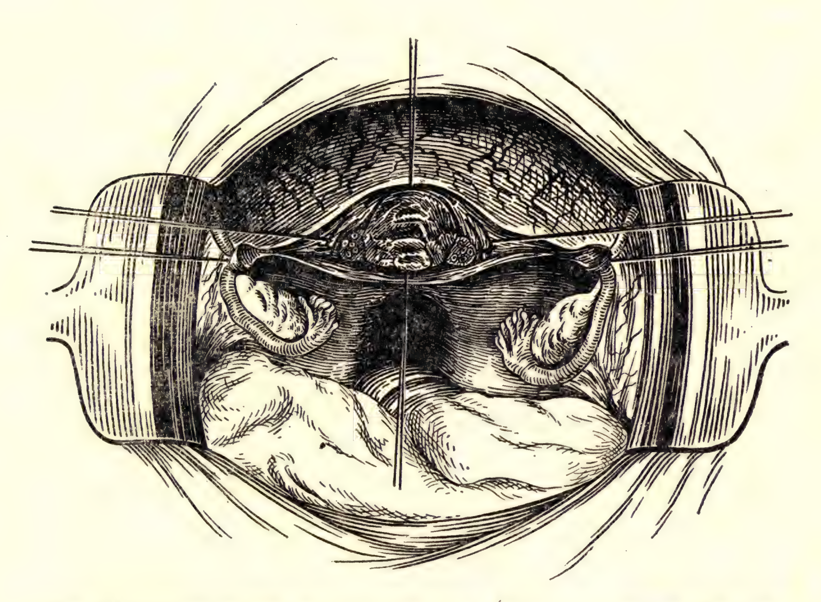


Рис. 116. Произведена надвлагалищная ампутация матки без придатков.

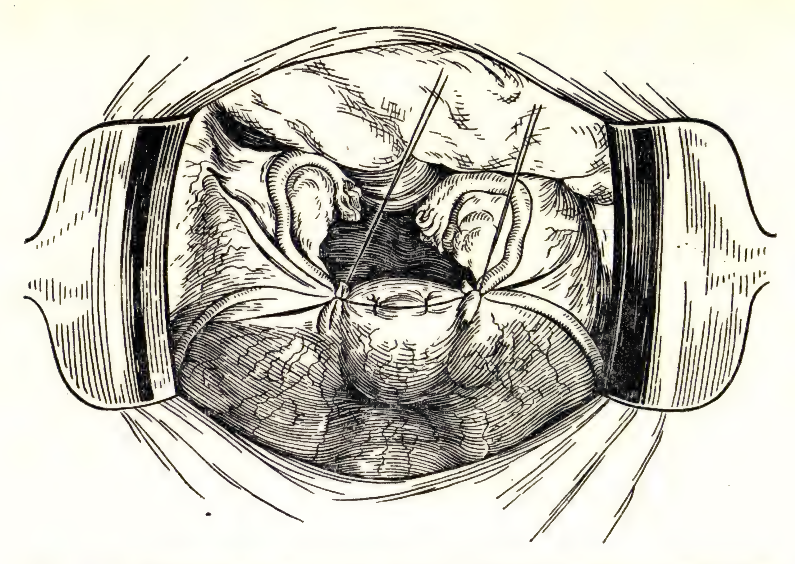


Рис. 117. Перитонизация раны после надвлагалищной ампутации матки без придатков.

ампутируют на уровне внутреннего ее зева; на культю шейки матки накладывают узловые кетгутовые швы; операционную рану перитонизируют путем соединения листков широких связок (рис. 116 и 117). При ампутации матки у женщин в возрасте до 50 лет неизмененные яичники и трубы удалять не следует, однако это не всегда выполнимо, так как почти в 75% случаев трубы при миоме матки также патологически изменены. При экстирпации матки перевязывают не восходящую ветвь маточной артерии, а ее общий ствол до разделения на восходящую и шеечно-влагалищную ветви.

Экстирпация матки показана при подозрении на злокачественное превращение миомы (экстирпация матки с придатками), при шеечной миоме, а также при сочетании миомы тела матки с деформацией шейки или хроническим воспалительным процессом ее, предраковым состоянием.

Плановое хирургическое вмешательство по поводу миомы матки целесообразно производить в первой половине менструального цикла. При этом все метаболические сдвиги, обусловленные влиянием наркоза, эмоционального стресса, наиболее быстро подвергаются обратному развитию.

Прогноз. При миоме матки прогноз зависит от ряда моментов: доброкачественной опухоли, наличия или отсутствия болезненных симптомов, характера роста и локализации опухоли. При отсутствии таких симптомов и медленном росте опухоли, особенно у женщин старше 40 лет, прогноз обычно благоприятный.

Трудоспособность женщины при миоме матки может сохраняться полностью, если опухоль не дает никаких симптомов и по размерам невелика. При длительных кровотечениях и постгеморрагической анемии трудоспособность резко нарушается. В таких случаях больная может быть временно нетрудоспособной (III группа инвалидности). Восстановление трудоспособности достигается путем оперативного лечения. После операции трудоспособность женщины ограничена в течение 3—4 нед в зависимости от ее общего состояния и характера вмешательства.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВУЛЬВЫ, ВЛАГАЛИЩА, МАТКИ

Понятие «предрак» включает комплекс клинических и морфологических признаков. К клиническим признакам относят длительный (хронический) дистрофический процесс и так называемые доброкачественные опухоли, когда они имеют определенную тенденцию к малигнизации и морфологические признаки предрака: атипическое разрастание эпителия, очаговые пролифераты (но без инвазии), клеточный атипизм. В последнее время высказан взгляд, что для предрака типична ранняя более или менее продолжительная фаза непролиферативных изменений, которая еще мало изучена. Вопрос о биохимических особенностях тканей и клеток при предраке нельзя считать достаточно освещенным.

Важно подчеркнуть, что не всякий предрак переходит в рак, т. е. переход из стадии предрака (в клиническом смысле) в рак не является неотвратимым и совершается не всегда. Это положение имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение для разработки мероприятий по лечению и профилактике злокачественных опухолей и прежде всего рака.

Современная медицина располагает двумя путями эффективной профилактики злокачественных опухолей: 1) предупреждение развития предракового процесса; 2) лечение предракового процесса. По отношению к ряду злокачественных опухолей полового аппарата женщины (и прежде всего раку шейки матки) своевременное применение профилактических мероприятий является вполне доступным и высокоэффективным. Подробнее эти вопросы освещены в соответствующих разделах.

Предраковые заболевания вульвы и влагалища

Лейкоплакия наблюдается в области клитора, малых половых губ, иногда в области промежности, в окружности заднепроходного отверстия, а также во влагалище и на влагалищной части (рис. 118) шейки матки. Макроскопически она представляет собой белые пятна различного диаметра, по окраске похожие на асбест, микроскопически — акантоз, паракератоз и особенно гиперкератоз покрового эпителия кожи. Если лейкоплакия переходит в крауроз или сочетается с ним, она сопровождается ощущением зуда в области наружных половых органов. Лейкоплакию следует дифференцировать от vitiligo — заболевания с нарушением пигментного обмена. При лейкоплакии границы белых пятен нечеткие, при vitiligo депигментированные участки резко ограничены; они могут быть выявлены и на других частях тела.



Рис. 119. Крауроз вульвы.

Крауроз возникает преимущественно в старческом возрасте. Макроскопически (рис. 119) наружные половые органы напоминают смятый пергаментный лист. Ostium vaginae резко сужен вследствие сморщивания, склероза и атрофии. Волосы на больших половых губах отсутствуют, цвет их перламутровый или молочно-белый, ткани хрупки, легко кровоточат. Половой акт крайне затруднен или даже невозможен. Гистологически отмечается почти полное исчезновение сосочков кожи; эластические волокна, сальные и потовые железы атрофируются.

Прогноз. При лейкоплакии вульвы, влагалища прогноз относительно благоприятный, так как она не всегда переходит в рак. Прогноз при краурозе малоблагоприятный, поскольку разнообразные методы лечения не дают стойкого улучшения. Вопрос о возможности перехода крауроза в рак (что ранее считалось несомненным) в последние годы подвергается пересмотру.

Лечение. При лейкоплакии вульвы, влагалища необходимо систематическое наблюдение. При краурозе рекомендуется вначале тщательный гигиенический уход, в качестве симптоматического средства — преднизолоновая мазь 0,5% или мазь с анестезином.

Rp.: Anaesthesini 3,0
Vitamini A
Oleosae gtt. 30,
Mentholi 2,0
Vaselini 60,0
MDS. Мазь

При появлении участков, подозрительных на рак, показана прицельная биопсия. Если диагноз рака подтверждается, показана расширенная (с удалением регионарных лимфатических узлов) вульвэктомия. Она показана при крайне тягостных проявлениях крауроза. Поверхностная рентгенотерапия малоэффективна.

Предраковые заболевания шейки матки

Лейкоплакия, дисплазия эпителия

К предраковым заболеваниям шейки матки относятся лейкоплакия (некоторые формы), базальноклеточная гиперактивность эпителия (дисплазия) шейки матки. К потенциально опасным в отношении рака следует относить лишь лейкоплакии с пролиферацией клеток базального слоя и атипизмом эпителия. Они могут сочетаться с преинвазивным и инвазивным раком. Клинические симптомы подобной лейкоплакии не представляют ничего характерного. Диагноз устанавливается при гистологическом исследовании препарата, полученного при прицельной биопсии после кольпомикроскопии. Терапия заключается в диатермоконизации шейки матки с последующим наблюдением. При выявлении инвазивного рака показаны расширенное удаление матки с придатками и лучевая терапия.

Дисплазия эпителия шейки матки встречается у больных 32—38 лет, во время беременности в более раннем возрасте, в периоде менопаузы — редко. У молодых женщин дисплазия развивается преимущественно в эпителии влагалищной части шейки матки; в старшем возрасте патоло-

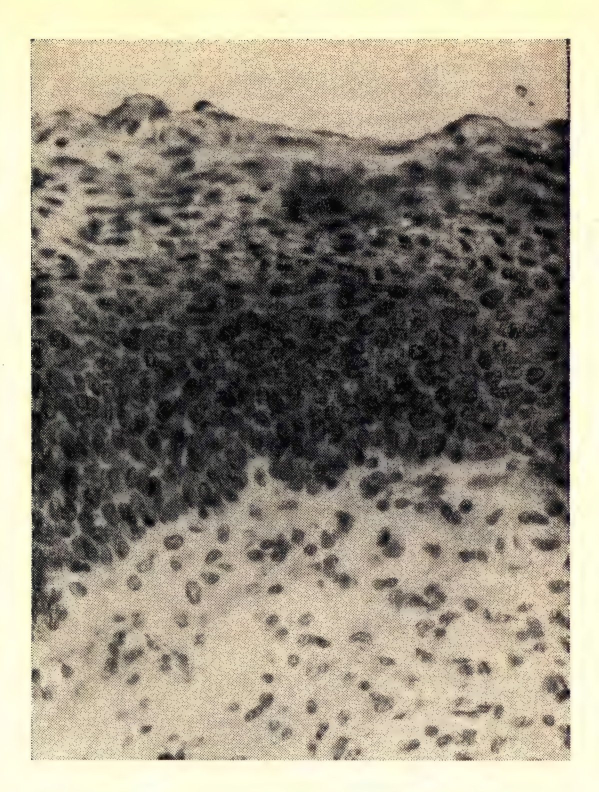


Рис. 120. Дисплазия эпителия шейки матки, нерезко выраженная (по Б. М. Железнову).

гический процесс переходит в шеечный канал. В этих случаях можно говорить о дисплазии резервных клеток. Этим термином обозначают мелкие клетки эпителиального вида, находящиеся часто под призматическим эпителием слизистой оболочки шеечного канала и желез, а также под низким многорядным эпителием переходной зоны. В основе дисплазии лежат анаплазия и пролиферация базальных клеток, переходящие затем на вышележащие слои; в этом процессе участвуют и парабазальные клетки. Для дисплазии характерны полиморфизм клеток, прежде всего их ядер, иногда увеличение размеров ядер, но без признаков полиморфизма, иногда васкулизация, большое (до 90%) число митозов и патологических митозов (до 29%). Различают нерезкую и резко выраженную формы дисплазии (рис. 120, 121). К первой относят случаи, когда пролиферирующий эпителий составляет половину эпителиального слоя. При резко выраженной форме патологически изменена бо́льшая часть эпителиального слоя, а также обнаруживается измененный эпителий с выраженным полиморфизмом и значительным количеством митозов лишь в глубоких слоях эпителия.

Симптоматология. При дисплазии эпителия шейки матки не наблюдается характерных симптомов. Часто определяются соответствующие изменения шейки матки: псевдоэрозия (до 85%), эндоцервицит, лейкоплакия, преинвазивный и инвазивный рак шейки матки. У ряда больных отсутствуют какие-либо проявления.

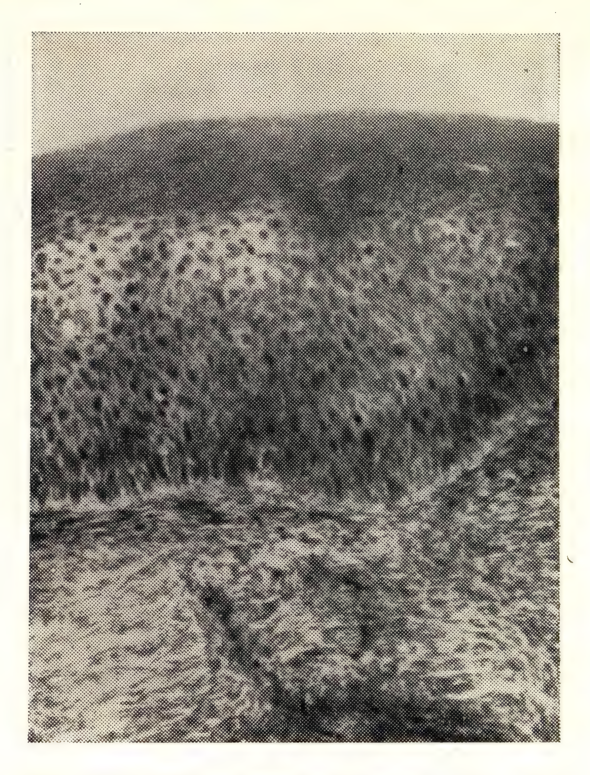


Рис. 121. Дисплазия эпителия шейки матки, резко выраженная.

Диагностика. Подозрение на дисплазию шейки матки может возникнуть при кольпомикроскопии и цитологическом исследовании. Диагноз подтверждается путем гистологического исследования.

Прогноз. Зависит от своевременной диагностики и рациональной терапии. В этих случаях его можно считать благоприятным.

Полипы слизистой оболочки шейки матки

Обычно это слизистый полип. По вопросу о том, являются ли слизистые полипы истинной опухолью, результатом воспалительного процесса или нарушений гормональных функций яичников, нет единого мнения. Однако в пользу последнего взгляда говорит тот факт, что слизистые полипы шейки матки чаще наблюдаются у женщин старше 40 лет, чем в молодом возрасте. Роль воспалительного процесса в развитии полипа в настоящее время твердо не установлена. Злокачественного превращения слизистых полипов шейки матки не наблюдается. Макроскопически подобное образование представляется в виде узлов различных размеров — от нескольких миллиметров до 5—6 см, растущих в виде продолговатой формы полипа на ножке (рис. 122). В отдельных, сравнительно редких, случаях аденокарцинома шейки матки также имеет форму полипа.

Симптоматология. Основными симптомами полипов шейки матки являются бели (слизистые, иногда с примесью крови), иногда кон-



Рис. 122. Полип слизистой оболочки матки; интерстициальная миома.

тактные кровотечения. Изредка наблюдаются некроз и инфицирование полипа.

Лечение. При обнаружении полипа шейки матки показаны удаление его и гистологическое исследование. Полип на тонкой ножке удаляют путем откручивания; при толстой ножке необходимо наложение на нее лигатуры с последующим рассечением. Если при наличии полипа наблюдаются ациклические кровяные выделения, показано выскабливание слизистой оболочки шейки матки.

Предраковые заболевания эндометрия

К этим заболеваниям относятся атипическая гиперплазия, очаговый аденоматоз и аденоматозные полипы эндометрия.

Макроскопически соскоб эндометрия при его предраковых изменениях не имеет характерных особенностей; слизистая оболочка бывает утолщенной, местами полипозного вида. Микроскопически атипическая гиперплазия и аденоматозные полипы эндометрия характеризуются пролиферацией желез и железистого эпителия (рис. 123, 124, 124*а*). Железистый эпителий часто бывает многорядным, иногда отличается полиморфизмом. Ядра желез эпителия палочковидной, овоидной или округлой формы. При атипической гиперплазии наблюдаются митозы. Предраковые изменения могут быть очаговыми или захватывать весь эндометрий; в последнем случае они часто выявляются на фоне железисто-кистозной гиперплазии. Развитию предраковых изменений в эндометрии способствуют эстрогены (длительное их введение), эстрогенопродуцирующие опухоли, склерокистозные яичники.

Симптоматология. Основным симптомом у молодых женщин являются ановуляторное кровотечение, у пожилых — кровотечения в менопаузе.





Рис. 123. Участок выраженной атипической гиперплазии эндометрия. Окраска гематоксилин-эозином.
а — ×120; б — ×400.

Клиническое течение. Предраковые изменения эндометрия могут подвергаться обратному развитию, длительно существовать без изменений. Переход в рак (особенно в менопаузе) возможен (по данным различных авторов) в 2—45% случаев.

Диагностика. Диагноз основывается на данных гистологического исследования соскоба эндометрия. Необходимо учитывать, что аденоматозные полипы часто локализуются у дна матки и в трубных углах.

Прогноз. Зависит от своевременного распознавания, постоянного наблюдения и рациональной терапии. В этих условиях он является благоприятным.

Лечение. В молодом возрасте показана гормональная терапия для восстановления нормального менструального цикла. С этой целью применяют (с 5-го дня после выскабливания) синтетические прогестины: 17α-оксипрогестеронкапронат на 5, 12 и 19-й день цикла по 125—250 мг внутримышечно и этинилэстрадиол по 1 таблетке (0,05 г) с 5-го по 25-й день цикла или инфекундин с 5-го по 25-й день цикла по 1 таблетке в течение 3—4 циклов. Необходимо учитывать противопоказания: тромбофлебит, болезни печени. При резко выраженной атипической гиперплазии, аденоматозе и неуспехе гормональной терапии показано повторное гистологическое исследование соскоба эндометрия с целью исключения рака. При склерокистозных яичниках показана резекция их, при гормонопродуцирующей опухоли яичника — удаление ее. У женщин старше 50 лет показана ампутация или экстирпация матки (в зависимости от состояния шейки матки).



Рис. 124*а*. Очаговый аденоматоз с нерезко выраженной пролиферацией железистого эпителия на фоне железисто-кистозной гиперплазии эндометрия. Окраска гематоксилин-эозином, ×100.

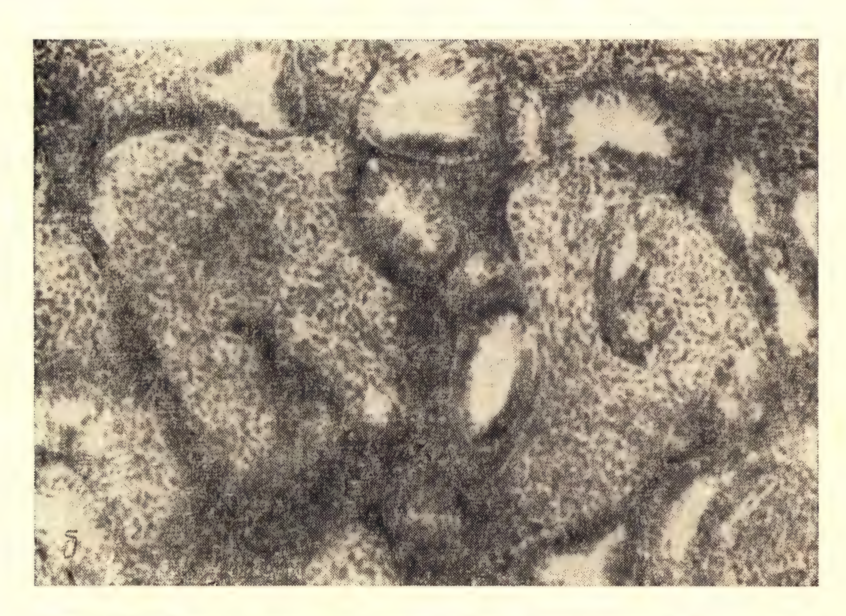


Рис. 124*б*. Участок аденоматозных полипов эндометрия с наличием плоскоклеточных узелков. Окраска гематоксилин-эозином, ×56.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ, ВЛАГАЛИЩА, МАТКИ, МАТОЧНЫХ ТРУБ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ, ВЛАГАЛИЩА ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

САРКОМА ВЛАГАЛИЩА, МАТКИ

Подобные опухоли встречаются у взрослых женщин весьма редко. Среди злокачественных опухолей у девочек дошкольного возраста саркомы влагалища и матки занимают первое место. Саркома клитора, половых губ и влагалища вначале имеет вид ограниченного узла; в дальнейшем она прорастает в подлежащие ткани и быстро распадается, представляя собой мозговидные, крошащиеся массы с серо-грязным налетом. Диагноз подтверждается путем биопсии и гистологического исследования.

П р о г н о з. Ввиду крайней злокачественности опухоли неблагоприятный.

Л е ч е н и е. В ранней стадии саркомы — хирургическое удаление влагалища, вульвы, клетчатки, регионарных лимфатических узлов с последующей глубокой рентгенотерапией. При невозможности оперативного лечения — глубокая рентгенотерапия.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ВУЛЬВЫ И ВЛАГАЛИЩА

РАК ВУЛЬВЫ

Рак вульвы встречается редко, обычно в пожилом возрасте. Чаще наблюдается рак клитора и больших половых губ, реже — малых половых губ, уретры и весьма редко — большой вестибулярной железы. Макроскопически наблюдаются три формы рака: опухолевый узел, язва, диффузное уплотнение. Микроскопически рак вульвы является плоскоклеточным новообразованием с наклонностью к ороговению.

С и м п т о м а т о л о г и я. Зуд (ранний, сигнальный симптом) и боли, в дальнейшем — гнойные выделения, кровотечения.

Д и а г н о с т и к а. Необходимо учитывать, что раку вульвы может предшествовать крауроз или рак развивается на фоне последнего. Надо исключить туберкулез, сифилис, мягкий шанкр (бактериоскопическое, серологическое исследования, биопсия).

Л е ч е н и е. В начальной стадии показано расширенное удаление вульвы и паховых лимфатических узлов с последующей рентгенотерапией. При обширном поражении применяют сочетанную рентгенорадиотерапию, а при метастазах в отдаленные органы — симптоматическое лечение.

РАК ВЛАГАЛИЩА

Рак влагалища может быть первичным и метастатическим. Первичный рак влагалища встречается редко (0,4—2% всех злокачественных опухолей половых органов). Описаны немногочисленные случаи рака влагалища у девочек. Метастатический рак влагалища наблюдается при раке

шейки и тела матки и крайне редко при раке яичников. Макроскопически рак влагалища представляет собой: 1) язву с приподнятыми краями и плотным дном грязно-серого цвета; 2) опухоль папиллярного строения; 3) инфильтративное уплотнение стенки влагалища.

Лечение. Должно быть сочетанным и состоит в применении радиорентгенотерапии.

Хорионэпителиома вульвы и влагалища см. с. 262.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МАТКИ ИЗ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МИОМА

Злокачественная миома встречается весьма редко (в 0,5% случаев всех миом). Она характеризуется не только склонностью к быстрому росту, но и возникновением метастазов. Гистологически отличается от обычных лейомиом лишь большой сочностью клеток и значительным количеством митозов (А. И. Абрикосов, А. И. Струков).

Диагностика. Клинический диагноз крайне затруднителен. Подозрителен быстрый рост опухоли, особенно в климактерическом и старческом возрасте.

Лечение. Экстирпация матки с придатками и последующая лучевая терапия. При подозрении на злокачественную миому показано срочное гистологическое исследование (у операционного стола) удаленной опухоли с целью определения характера опухоли и правильного выбора операции (ампутация или экстирпация матки с придатками).

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ МАТКИ

РАК МАТКИ

Рак половых органов у женщин встречается значительно чаще, чем у мужчин. Наиболее часто раком поражаются матка (от 84,8 до 92,2% всех злокачественных опухолей половых органов), молочные железы, яичники, весьма редко вульва, влагалище, трубы.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Рак шейки матки встречается преимущественно у женщин 40 лет и старше, тела матки — в основном у женщин 50 лет и старше. Значительно реже рак матки наблюдается у более молодых женщин и у детей. Описаны единичные случаи этого заболевания у детей в возрасте 7 лет и даже 8 мес. Среди больных раком шейки матки преобладают повторнобеременные и многородящие, у которых при аборте или родах произошли глубокие повреждения шейки матки с ее деформацией; у большинства из них был длительный воспалительный процесс.

Различают экзофитную (рис. 125), эндофитную (рис. 126) и смешанную формы рака шейки матки.

При экзофитной форме опухоль макроскопически имеет вид цветной капусты, иногда больших размеров и выполняет всю полость влагалища. Такая опухоль, расположенная на широком основании, исходит



Рис. 125. Рак шейки матки (экзофитная форма).



Рис. 126. Рак шейки матки (эндофитная форма).

из гипертрофированной (вследствие разрастания соединительной основы) шейки матки. В таких случаях над процессами распада преобладают в основном процессы пролиферации.

При эндофитной форме раковая опухоль прорастает в толщу шейки матки, преобладают процессы распада. В начальной фазе влагалищная часть шейки матки не изменяется; в дальнейшем отмечается увеличение шейки матки; при эндоцервикальном росте рака шейка приобретает бочкообразную форму. При распаде узла, расположенного близко к влагалищной части шейки матки, возникает обширная кратерообразная язва. Если узел опухоли распадается по направлению к каналу шейки, язва на ее влагалищной части не образуется (рис. 127); появляются ациклические кровотечения из канала шейки.

Рак шейки матки в виде полипа на ножке представляет собой легко кровоточащую, часто покрытую серым налетом опухоль хрящевой или мягкой (при некрозе) консистенции.

По гистологическому строению различают плоскоклеточный (рис. 128) и железистый (рис. 129) рак шейки матки. Плоскоклеточный рак чаще исходит из влагалищной части шейки, железистый — из слизистой оболочки ее канала. Однако это не является правилом. Железистый рак встречается реже плоскоклеточного.

Рак распространяется в основном по лимфатическим путям и по клетчатке малого таза, значительно реже — гематогенно и периневрально. Индивидуальные особенности роста и распространения опухоли зависят

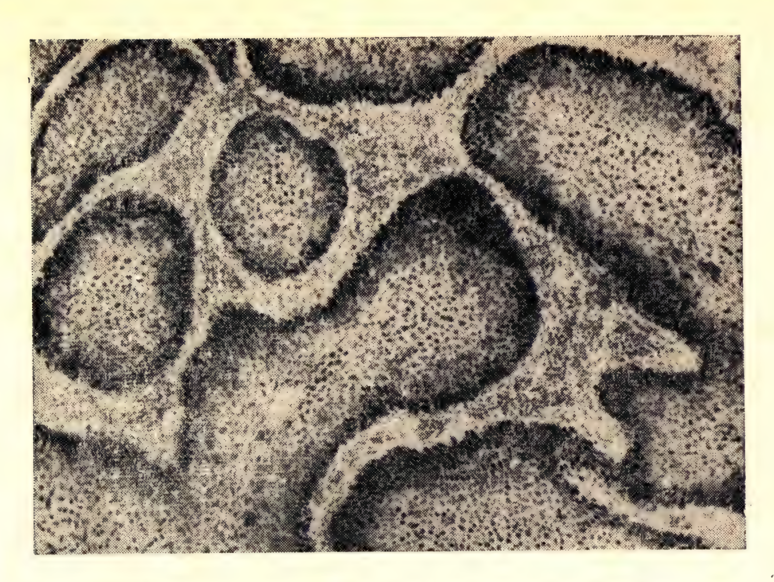


Рис. 128. Плоскоклеточный рак шейки матки средней зрелости.

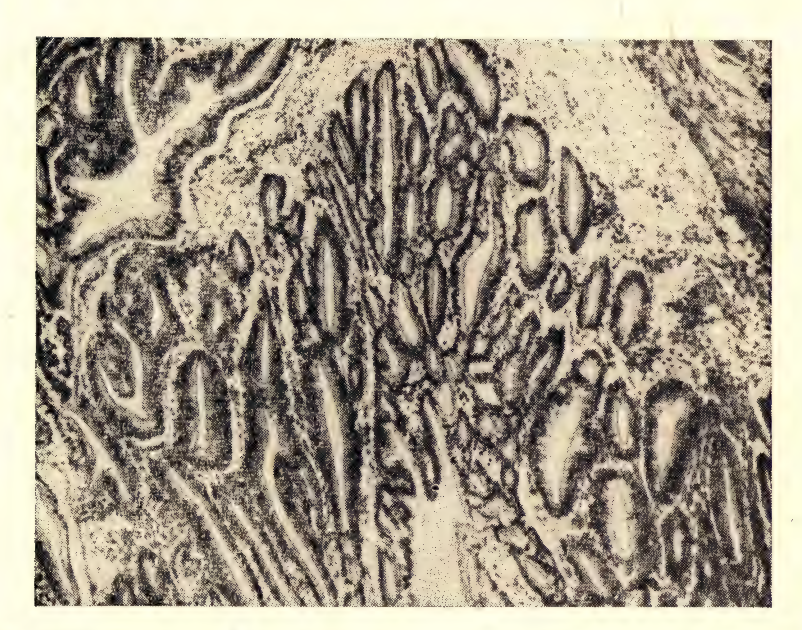


Рис. 129. Железистый рак шейки матки. Зрелая форма (малое увеличение).

от общего состояния больной, гистологических особенностей и топографии опухоли. Рак шейки матки распространяется в одних случаях медленнее, в других — быстрее в зависимости от его локализации. Так, более злокачественно течение эндофитного рака шейки матки, при котором весьма рано, часто до появления первых клинических симптомов, происходит инфильтрация параметральной, паравагинальной, параректальной клет-

чатки и поражаются регионарные (nodi lymphatici lumbales, iliaci) лимфатические узлы.

Распространение рака по лимфатическим путям чаще всего выражается в виде поражения ближайших регионарных лимфатических узлов, а затем и отдаленных — верхних поясничных и почечных (рис. 130).

В некоторых случаях наблюдается изолированное поражение регионарных лимфатических узлов, в то время как участки лимфатических путей между первичной опухолью и метастазом, а также клетчатка свободны от элементов опухоли. При дальнейшем лимфогенном распространении опухоли возникают метастазы в легких, печени, реже в надпочечниках, поджелудочной и щитовидной железах, в мозгу, костях, почках. Метастазы в яичники наблюдаются редко; по данным отдельных авторов, частота их составляет до 1,39%.

Переход рака шейки матки на ее тело можно рассматривать как распространение его по протяжению. Вполне допустимо, однако, что рак шейки матки переходит на влагалище и ретроградным лимфатическим путем. По клетчатке рак шейки распространяется в различных направлениях; вправо и влево — в параметрии, кзади — в параректальную клетчатку, кпереди — в паравезикальную, книзу — в паравагинальную клетчатку. Если раковый инфильтрат распространяется на параметральную клетчатку, возникают сдавление нервных сплетений (боли), нарушение функции мочеточников, их расширение, гидронефроз, в дальнейшем анурия и уремия. Прорастание стенки мочеточника происходит весьма редко. При распространении раковой опухоли на паравезикальную клетчатку возникает буллезный отек слизистой оболочки пузыря с последующим прорастанием опухоли в стенку пузыря, некрозом и образованием влагалищно-пузырного свища.

При раковой инфильтрации параректальной клетчатки в дальнейшем поражается прямая кишка; при распаде инфильтрата образуется влагалищно-прямокишечная фистула. При далеко зашедшем раке шейки матки влагалище превращается в клоаку, куда истекает моча и выделяется кал.

Клиническое течение. Как указано выше, рак шейки матки развивается у одних больных медленнее, у других — быстрее. Рак шейки (и тела) матки, как правило, не отражается вначале на общем состоянии (что часто бывает при раке желудочно-кишечного тракта). Похудания, нарушения питания, а также трудоспособности не отмечается. При эндофитной форме рака шейки матки у ряда больных наблюдается длительное «немое» развитие заболевания.

Симптоматология. Начальные признаки рака шейки матки имеют важнейшее значение для диагностики, но, как указано выше, не являются ни ранними в отношении времени их появления в процессе развития рака, ни патогномоничными для него. К таким признакам относятся бели и контактные кровотечения. Первым (но не ранним!) симптомом, который должен привлечь внимание больной и врача, следует считать возникновение водянистых белей (сигнальный симптом). Появление белей у ребенка, девушки и женщины любого возраста, особенно в климактерическом и старческом возрасте, всегда требует пристального внимания врача и тщательного обследования больной. Бели с примесью крови (сукровичные бели), цвета мясных помоев, с ихорозным запахом свидетельствуют о распаде, инфицировании опухоли и резко усиливают подозрение на рак. Контактные кровотечения появляются в виде небольших кровянистых пятен на белье, реже в виде настоящего кровотечения. Они возникают при

половом сношении, спринцевании, влагалищном исследовании, введении зеркал, иногда при дефекации. Наблюдаются также кровотечения в межменструальном периоде.

Все последующие симптомы (боли, симптомы со стороны соседних органов, изменение общего состояния больной) говорят о далеко зашедшем процессе. Боли грызущего, вначале непостоянного характера, нередко отмечаются по ночам; в дальнейшем они прогрессируют и не прекращаются уже ни днем, ни ночью, лишая больную сна и отдыха, что, конечно, тяжело, сказывается на ее общем состоянии.

При переходе рака на мочевой пузырь возникают дизурические явления (учащение и болезненность мочеиспускания, чувство давления на мочевой пузырь). Сдавление мочеточников раковым инфильтратом вызывает гидроуретер, гидронефроз, уремию. В случаях распада ракового инфильтрата в стенке мочевого пузыря возникает пузырно-влагалищная фистула. При распространении опухоли в параректальную клетчатку появляются затруднения со стороны дефекации (тенезмы). Распад опухоли приводит к образованию прямокишечно-влагалищной фистулы. Если процесс распространяется на влагалище и окружающую клетчатку, больные испытывают чувство давления на низ, боли; отмечаются также ихорозные бели.

Общие симптомы при раке шейки матки наблюдаются при далеко зашедшем раковом процессе. К ним относятся чувство слабости, боли, анемизация, потеря аппетита, нарушение сна, кахексия, лихорадочное состояние, связанное с распадом и инфицированием опухоли. Иногда развиваются генерализованный септический процесс, восходящий перитонит, пионефроз. Длительность заболевания различна. Если оно не распознается и не проводится соответствующее лечение, больные умирают в среднем через 3 года от начала заболевания. Причинами смертельного исхода обычно бывают уремия, перитонит, кахексия, метастазы в жизненно важные органы, сепсис, кровотечение из крупных сосудов.

Диагностика. Установлено, что прогноз при лечении рака находится в прямой зависимости от степени распространенности ракового процесса, его стадии. Поэтому необходимо стремиться к раннему распознаванию рака. При исследовании важно учитывать данные анамнеза, пользоваться комплексом объективных и лабораторных методов исследования.

В анамнезе следует учитывать: 1) длительный воспалительный процесс половых органов; 2) наличие дисплазии, лейкоплакии, псевдоэрозии шейки матки, длительно не заживающей или рецидивирующей в течение нескольких месяцев, а иногда и лет, несмотря на лечение; 3) указание на бывшую травму шейки матки; 4) бели; 5) контактные и ациклические кровотечения.

При объективном исследовании необходимо применять: 1) исследование с помощью влагалищных зеркал; 2) влагалищное и прямокишечное исследования (в их сочетании); 3) цитологическое исследование; 4) кольпоскопию и кольпомикроскопию; 5) прицельную биопсию и гистологическое исследование удаленной ткани; 6) пробу со смазыванием влагалищной части шейки матки люголевским раствором по Шиллеру; 7) урологическое обследование.

На основании полученных данных необходимо провести дифференциальную диагностику между раком и другими заболеваниями, а также установить степень распространения (стадию) ракового процесса. Последнее имеет огромное значение для выбора метода лечения, прогноза и оценки трудоспособности больной.

1. Специальное гинекологическое исследование начинают с осмотра с помощью влагалищных зеркал, при котором могут быть обнаружены изменения формы, цвета и размеров шейки матки, патологические выделения и форма рака шейки матки (экзо-эндофитная, смешанная). При экзофитной форме опухоль представляет собой разрастания, напоминающие цветную капусту, грязно-серого цвета, с неприятным запахом или же опухоль с бугристой поверхностью, расположенную в виде гриба на шейке матки. При эндофитной форме рака шейка матки вначале лишь гипертрофирована, иногда асимметричной формы за счет увеличения одной её стенки. В случаях более глубокого распространения рака и его распада обнаруживают язву шейки матки с утолщениями, бугристыми краями, покрытую серым налетом, кровоточащую при дотрагивании.

При эндофитной форме (узел в толще шейки матки) можно обнаружить неравномерное бочкообразное утолщение влагалищной части шейки; иногда из канала шейки матки выделяются кровянистые выделения.

Весьма редко рак шейки матки представляет собой полип на ножке или широком основании ярко-красного или серо-грязного цвета.

2. Влагалищное и прямокишечное исследования позволяют установить весьма важные дополнительные симптомы, особенно для определения степени распространения рака. Раковая язва шейки матки (при эндофитной форме) или лейкоплакии, дисплазии, перешедшие в рак, характеризуются: а) легкой кровоточивостью, б) неровными краями, в) плотной, большей частью хрящевой консистенцией. Форма шейки матки иногда бочкообразная. При экзофитной форме во время исследования обнаруживаются хрящевые, легко распадающиеся массы, иногда со зловонным запахом. Опухоль имеет широкое основание, исходит из влагалищной части шейки матки, причем не всегда можно определить переход неизмененной шейки матки в опухоль, а также найти наружный маточный зев.

При влагалищном исследовании определяют размеры и положение матки, ее подвижность, изменения в придатках и клетчатке (раковый инфильтрат). Прямокишечное исследование (после предварительной клизмы) позволяет установить подвижность матки, наличие лимфатических узлов, изменения прямой кишки, наличие или отсутствие инфильтрата в клетчатке и стадию ракового поражения. Ценные сведения дает комбинированное влагалищно-прямокишечное исследование.

3. Цитологическое исследование мазков влагалищного содержимого широко рекомендуется с целью диагностики рака. Она облегчается при использовани люминесцентной или фазово-контрастной микроскопии.

4. Кольпоскопия (осмотр шейки матки с помощью кольпоскопа), кольпомикроскопия позволяют выявить ряд патологических изменений шейки матки, незаметных при обычном осмотре (рис. 131).

5. Биопсия (из влагалищной части шейки матки) с гистологическим исследованием является важнейшим методом диагностики рака матки. Биопсия должна производиться обязательно при наличии данных анамнеза и объективного исследования больных, подозрительных на рак шейки матки. При подозрении на эндофитный рак и узловую форму рака шейки матки необходимо также выскабливание слизистой оболочки канала шейки. Биопсия может быть произведена и в небольшом стационаре начиная с участковой больницы. Техника биопсии матки описана в главе II. Иссе-

ченный кусочек шейки матки заливают парафином и направляют в патогистологическую лабораторию.

6. Подозрительный на рак участок шейки матки смазывают раствором Люголя по Шиллеру (1 ч. йода кристаллического, 2 ч. йодида калия, 30 мл воды). Место ракового поражения остается светлым (в раковых клетках отсутствует гликоген), тогда как остальные участки влагалищной части шейки матки окрашиваются в бурый цвет.

7. Урологическое обследование позволяет уточнить вопрос о наличии или отсутствии поражения раком мочевого пузыря, установить состояние мочеточников и почек. Применяются цистоскопия, катетеризация мочеточников, хромоцистоскопия и контрастная рентгенография.

В последнее время для диагностики метастазов рака в лимфатическую систему используют тазовую лимфографию, а также прямую и непрямую радиоизотопную лимфографию.

Рентгеноскопию и рентгенографию легких, костей, мочевых путей применяют с целью обнаружения метастазов рака в этих органах и диагностики сопутствующих заболеваний.

Дифференциальная диагностика. При обнаружении на шейке матки эрозии или язвы, подозрительной на рак, следует помнить, что ряд заболеваний сопровождается сходными симптомами и изменениями шейки матки. В связи с этим необходимо проводить дифференциальную диагностику между раком шейки матки и следующими заболеваниями: 1) эрозией шейки матки; 2) изъязвившимся эктропионом; 3) туберкулезом; 4) сифилисом; 5) мягким шанкром; 6) язвой (пролежнем) при выпадении матки.

Туберкулез. Для исключения туберкулеза шейки матки необходимо учитывать данные анамнеза (указание на заболевание туберкулезом легких или других органов), состояние легких в настоящее время, наличие изменений брюшины и придатков матки, подозрительных на туберкулез. Однако, как правило, показаны кольпоскопия, прицельная биопсия и гистологическое исследование удаленной ткани. Сочетание туберкулеза и рака шейки матки наблюдается очень редко.

Сифилис. Важное диагностическое значение имеет положительная реакция Вассермана. В затруднительных случаях показаны биопсия и гистологическое исследование удаленной ткани.

Мягкий шанкр. При мягком шанкре язвы часто множественные, чего не бывает при раке шейки матки, не имеют подрытых краев, окружены ярко-красным воспалительным венчиком; при бактериологическом исследовании в их отделяемом обнаруживают палочку Дюкрея.

Стадии распространения рака шейки матки. Кроме установления диагноза рака, в каждом случае весьма важно определить и стадию его распространения.

В настоящее время различают преинвазивную форму рака (син.: cancer in situ, рак 0 стадии, интраэпителиальный рак) и четыре стадии рака шейки матки.

Преинвазивная форма плоскоклеточного рака возникает на влагалищной части шейки матки или в шеечном канале и отличается от инвазивного рака отсутствием прорастания в подлежащие ткани. Слой раковых клеток в отличие от слоя неизмененного плоского многослойного эпителия влагалищной части шейки матки имеет следующие особенности: нарушение последовательности рядов эпителия, усиленное размножение клеток без их созревания, гиперхроматоз ядер, увеличение их объема по

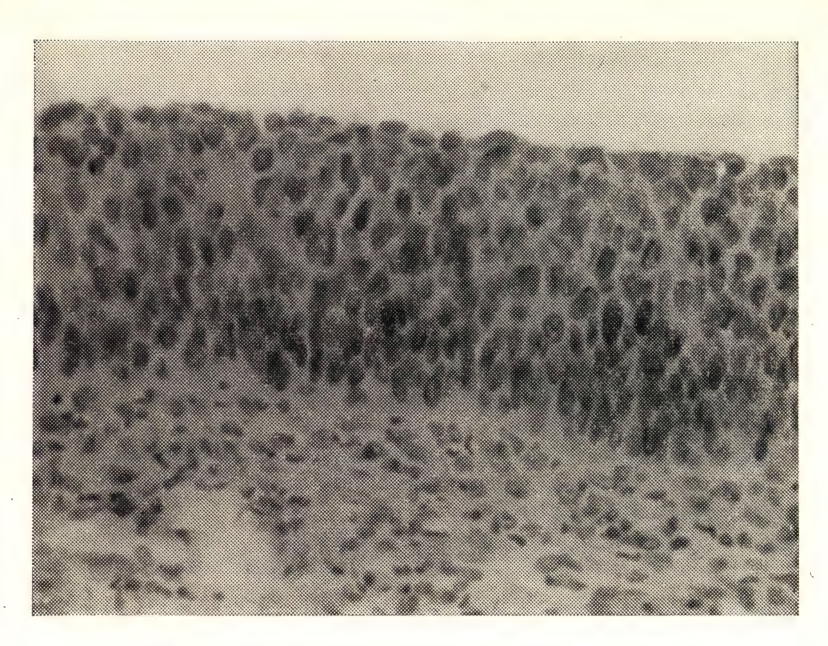


Рис. 132. Преинвазивный рак шейки матки.

отношению к протоплазме клетки, полиморфизм ядер, увеличение числа митозов, нечеткие границы между клетками (рис. 132).

Диагноз подобной формы представляет значительные трудности и может быть поставлен (особенно при беременности) лишь опытным патоморфологом. Предварительное цитологическое исследование и кольпоскопия способствуют диагностике и облегчают прицельную биопсию.

Преинвазивный рак не всегда переходит в инвазивный. Однако, по данным некоторых авторов, наблюдавших в течение 35 лет за больными преинвазивным раком, переход в инвазивный рак был обнаружен в 40% случаев; процесс не прогрессировал в 25% и в 35% было установлено обратное развитие. Возможность обратного процесса многими авторами ставится под сомнение.

Соответственно распространению поражения различают 4 стадии рака шейки матки.

Стадия I — опухоль захватывает только влагалищную часть шейки матки (рис. 133), не распространяясь за ее пределы. Матка вполне подвижна, своды влагалища не инфильтрированы.

Стадия II имеет три варианта: а) опухоль инфильтрирует параметрий с одной или обеих сторон, но не переходит на стенки таза (рис. 134), матка ограниченно подвижна; б) опухоль инфильтрирует влагалище, не переходя на нижнюю его треть (рис. 135); в) опухоль переходит с шейки на тело матки (рис. 136).

Стадия III также имеет три варианта: а) опухоль инфильтрирует клетчатку таза с переходом на стенки таза, матка неподвижна (рис. 137); б) опухоль инфильтрирует влагалище с переходом на нижнюю его треть; в) имеются изолированные метастазы в лимфатические узлы (гипогастральные, илиакальные) (рис. 138).

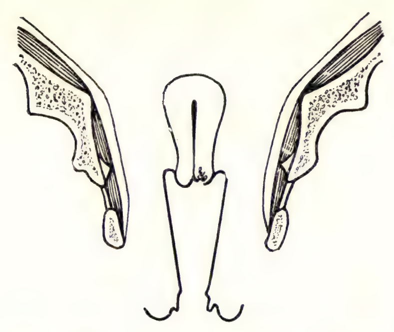


Рис. 133. I стадия рака шейки матки; ограниченное поражение шейки матки (схема).

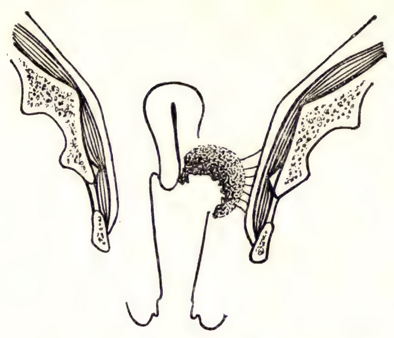


Рис. 134. II стадия рака шейки матки. Опухоль инфильтрирует параметрий, не переходя на стенку таза (параметральный вариант, схема).

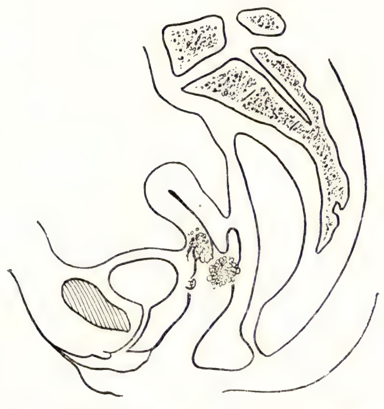


Рис. 135. II стадия рака шейки матки. Экзофитный рак передней губы шейки матки и верхней трети задней стенки влагалища (схема).

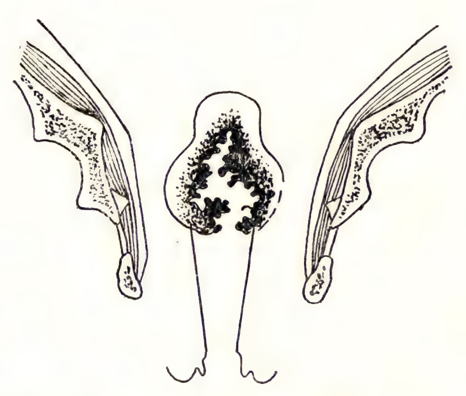


Рис. 136. II стадия рака шейки матки. Опухоль шейки матки с переходом на тело ее (схема).

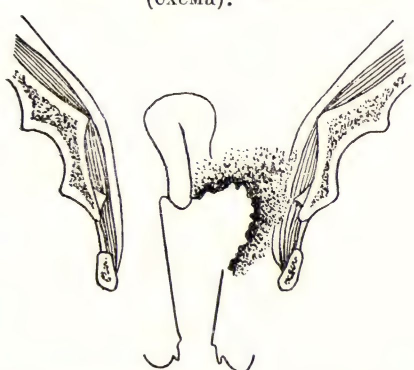


Рис. 137. III стадия рака шейки матки. Раковая инфильтрация параметральной клетчатки вплоть до стенки таза (схема).

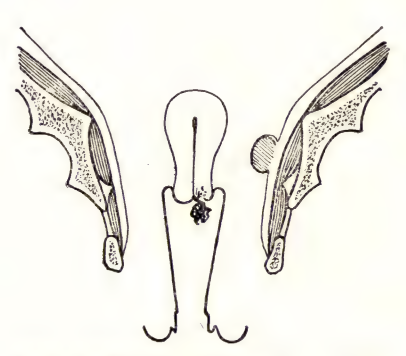


Рис. 138. III стадия рака шейки матки. Ограниченное поражение (экзофитная форма). Изолированный метастаз в лимфатический узел (схема).



Рис. 139. IV стадия рака шейки матки. Обширное поражение стенки влагалища с переходом на мочевой пузырь (схема).

Стадия IV также встречается в трех вариантах (или в их сочетании): а) опухоль переходит на стенку мочевого пузыря, инфильтрируя передний свод влагалища, слизистая оболочка влагалища неподвижна (рис. 139), при цистоскопии находят прорастание стенки мочевого пузыря; в дальнейшем при распаде опухоли возникает пузырно-влагалищный свищ; б) опухоль переходит на прямую кишку; в) опухоль метастазирует в отдаленные органы.

В настоящее время пользуются также международной классификацией рака шейки матки TNM, в которой буква T (tumor) обозначает состояние первичного опухолевого очага, буква N (nodus) — состояние регионарных лимфатических узлов, буква M (metastasis) — наличие отдаленных метастазов.

T — первичная опухоль.
T1S — преинвазивная или так называемый cancer in situ.
T1 — карцинома, ограниченная только шейкой.
T1a — преклиническая инвазивная карцинома, т. е. те случаи, когда Ca может быть диагностирован только гистологически (категория T1a соответствует TO других локализаций опухоли).
T1b — клинически инвазивная карционома.
T2 — карцинома, распространяющаяся за пределы шейки матки, но не достигающая стенок таза, или карцинома, вовлекающая стенки влагалища без распространения на нижнюю треть влагалища.
T2a — карцинома, захватывающая только влагалище или тело матки (т. е. без инфильтрации параметрия).
T2b — карцинома, инфильтрирующая параметрий с вовлечением или без такового влагалища или тела матки.
T3 — карцинома, захватывающая нижнюю треть влагалища или достигающая стенок таза (нет свободного пространства между опухолью и стенкой таза).
T4 — карцинома, выходящая за пределы малого таза или захватывающая слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки (наличие буллезного отека — недостаточное доказательство для классификации распространенности опухоли как T4).

Регионарные лимфатические узлы. Обычно невозможно распознать тазовые лимфатические узлы, хотя редко фиксированные инфильтраты могут ощущаться на стенке таза при наличии свободного пространства между ними и опухолью.

Следовательно, могут быть приняты две категории: NX— невозможно определить тазовые лимфатические узлы. Добавочное гистологическое исследование может установить NX — или NX+.

N_2 — пальпируются фиксированные плотные инфильтраты на стенке таза при наличии свободного пространства между ними и опухолью.

M — дистальные метастазы.

MO — дистальные метастазы отсутствуют.

M1 — дистальные метастазы имеются.

Клиническая группировка стадий. Предполагается следующая группировка стадий.

Стадия Ia —	T1aNXMO	Стадия III	T3NXMO
» Ib	T1bNXMO	»	T1N2MO
Стадия IIa	T2aNXMO	»	T2aN2MO
» IIb	T2bNXMO	»	T2bN2MO
Стадия IV	T4NXMO		
	T1bNXM1		
	T2aNXM1		
	T2bNXM1		
	T3NXM1		
	T4NXM1		

К сожалению, у значительного числа больных рак диагностируется не в I стадии, а значительно позже. Причинами такой поздней диагностики являются: 1) незнание женщиной симптомов рака, иногда «немое» его развитие; 2) недостаточное обследование больных (без влагалищных зеркал, прямокишечного исследования, особенно без применения кольпоскопии, биопсии и гистологического исследования); 3) иногда недостаточная квалификация врачей и среднего медицинского персонала, работающих на фельдшерско-акушерских пунктах.

Для снижения числа случаев поздней диагностики рака необходимы: а) систематическая санитарно-просветительная работа среди широких слоев населения; б) повышение квалификации врачей, ознакомление их с первоначальными симптомами рака; в) проведение систематических (не менее 2 раз в год) гинекологических осмотров всех женщин в возрасте 30 лет и старше; г) ознакомление акушерок с симптомами рака и разъяснение необходимости немедленного направления таких больных к участковому врачу или в районную больницу; д) широкое применение при профилактических осмотрах цитологических исследований.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Сочетание рака шейки матки с беременностью встречается редко. По статистическим данным, процент рака шейки матки у беременных колеблется от 0,02 до 0,05. По отношению к числу больных раком матки это сочетание встречается значительно чаще. Так, среди 3155 больных раком шейки матки были 132 беременные (4,1%).

О времени развития рака у таких больных высказаться весьма трудно. Большинство авторов считают, что беременность возникает уже при наличии рака шейки матки.

Симптомы рака (сигнальный и первоначальный) шейки матки при беременности те же, что и у небеременных: бели, кровянистые выделения. Кровянистые выделения были отмечены в 88,5% случаев. Диагноз рака шейки матки при беременности ставится позже, чем у небеременных. Причинами этого являются: 1) неправильная оценка кровотечения как признака аборта, предлежания плаценты; 2) недостаточное обследование (без применения зеркал). Во избежание опасной ошибки каждая беременная, обратившаяся к врачу по поводу белей или кровянистых (хотя бы и очень незначительных) выделений из влагалища, должна быть обязательно обследована не только бимануально, но и с помощью зеркал. Поздняя диагностика рака шейки матки у беременных может быть обусловлена и тем, что пораженная раком шейка матки не имеет при беременности хрящевой

консистенции, в то время как эрозия шейки матки при беременности часто пышно разрастается и кровоточит. Для окончательного диагноза необходима немедленная биопсия. Беременность способствует быстрому развитию рака, в связи с чем и прогноз в этих случаях часто неблагоприятный.

При сочетании беременности и рака шейки матки показаны оперативное лечение (в I, редко во II стадии рака) и последующая лучевая терапия. Во II и III стадиях рака показано прерывание беременности: до 12 нед — выскабливание, которое нужно производить очень осторожно, после 12 нед — абдоминальное кесарево сечение с последующей радиорентгенотерапией. В IV стадии болезни показаны прерывание беременности и симптоматическая терапия.

Профилактика. В настоящее время установлено, что некоторые длительно протекающие заболевания шейки матки являются предраковыми (см. с. 236). Своевременное предупреждение, обнаружение и лечение этих заболеваний представляют собой действенную профилактику рака шейки матки.

Прогноз. Весьма серьезен. Результаты лечения наиболее благоприятны при раке I стадии. Поэтому для улучшения прогноза необходимы своевременное лечение так называемых предраковых заболеваний и раннее распознавание рака в прединвазивной и 0 стадиях.

Лечение. Лечение зависит от общего состояния больной и стадии рака. При общем обследовании больной необходимо учитывать состояние сердечно-сосудистой системы, легких, обмена веществ (исхудание, ожирение), производить клиническое исследование крови и мочи. Однако длительность общего и специального обследования не должна превышать 10 дней. Больным, страдающим декомпенсацией сердечно-сосудистой системы, анемией, истощенным назначаются прежде всего соответствующее лечение, режим, диета, кардиотонические средства, переливание крови, препараты железа.

У больной преинвазивным раком в возрасте до 50 лет целесообразно производить ампутацию или электроконизацию шейки матки с последующим изучением серийных гистологических срезов удаленного препарата. Если при этом не выявляется инвазивная форма, больная подлежит систематическому наблюдению с кольпоскопическим и цитологическим исследованием. При выявлении инвазивной формы показаны радикальная операция по Вертгейму и последующая лучевая терапия.

Больным с выявленным Cancer in situ в возрасте старше 50 лет показана экстирпация матки без придатков.

Установление стадий рака имеет чрезвычайно важное значение при выборе методов лечения.

При раке шейки матки I стадии показано комбинированное оперативное лечение с последующей лучевой терапией. Она должна начинаться как можно раньше после операции, как только позволит общее состояние больной. Иногда, если невозможно применить терапию радием, хирургическое лечение допустимо и при раке шейки II стадии (маточный вариант). Однако и здесь необходима последующая лучевая терапия. Операция противопоказана при органическом заболевании сердца и сосудов с явлениями стойкой декомпенсации, при общем ожирении. Этим больным проводят сочетанную лучевую терапию или телегамматерапию с влагалищной радиотерапией.

При раке шейки матки II и III стадии, как правило, применяют сочетанную (рентген — радий) лучевую терапию. При раке IV стадии в основ-

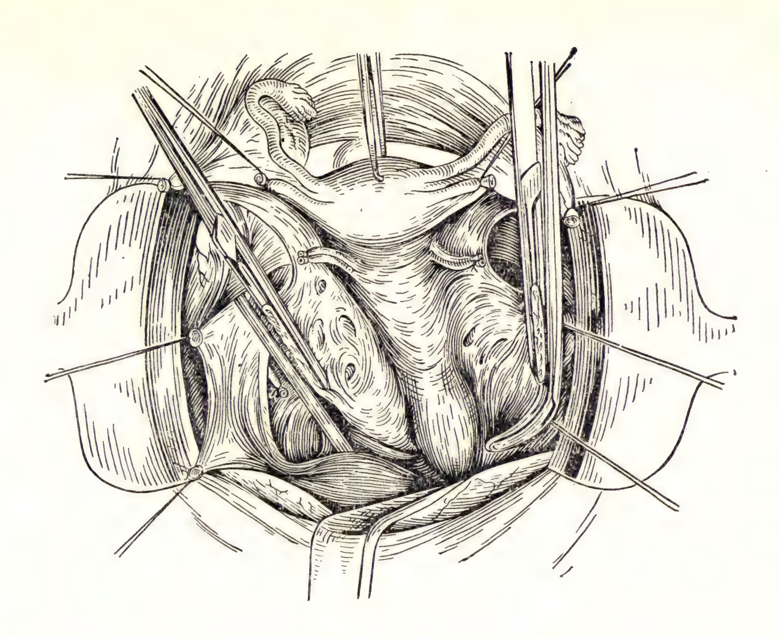


Рис. 140. Расширенная экстирпация матки с придатками, клетчаткой и лимфатическими узлами. Рассечены подвешивающие связки яичника, круглые связки матки, выделены маточная артерия и мочеточник, отодвинут книзу мочевой пузырь.

ном проводят симптоматическое лечение (рентгенотерапия имеет паллиативный характер).

Радикальную хирургическую операцию производят в виде расширенной абдоминальной экстирпации матки с придатками, при которой удаляют также регионарные лимфатические узлы (илиакальные, гипогастральные и обтураторные), клетчатку малого таза и верхнюю треть влагалища (рис. 140, 141).

Методика этой операции разработана Вертгеймом, а также рядом отечественных гинекологов (А. С. Губерев и др.).

Лучевое лечение производится комбинированное: наружное облучение и внутриполостная лучевая терапия. Наружное облучение осуществляют на телегаммаустановке с нескольких кожных полей (подвздошные, крестцовые, боковые, ягодичные и промежностные). Доза на каждое поле — от 1800 до 2000 Р. Внутривлагалищная лучевая терапия проводится радиоактивными препаратами, заключенными в трубочки. Внешнее и внутреннее облучение чередуют. На курс лечения стремятся получить дозу в области опухоли 6000—8000 Р и в области обоих параметриев 4000—5000 Р.

Больные раком шейки матки IV стадии подлежат, как правило, симптоматической терапии. При болях назначают болеутоляющие, наркотические, снотворные препараты. В редких случаях при нестерпимых болях вводят 0,2—0,8 мл 95° спирта в спинномозговой канал, производят резекцию пресакрального нерва. В качестве прижигающих средств применяют тампоны (на 24 ч) из 20% раствора хлорида цинка, мелкоистолченный порошок калия перманганата или формалина.

Результаты лечения находятся в строгой зависимости от стадии рака. Выздоровление считается стойким, если в течение 5 лет после начала лечения не установлено ни рецидива, ни метастазов рака.

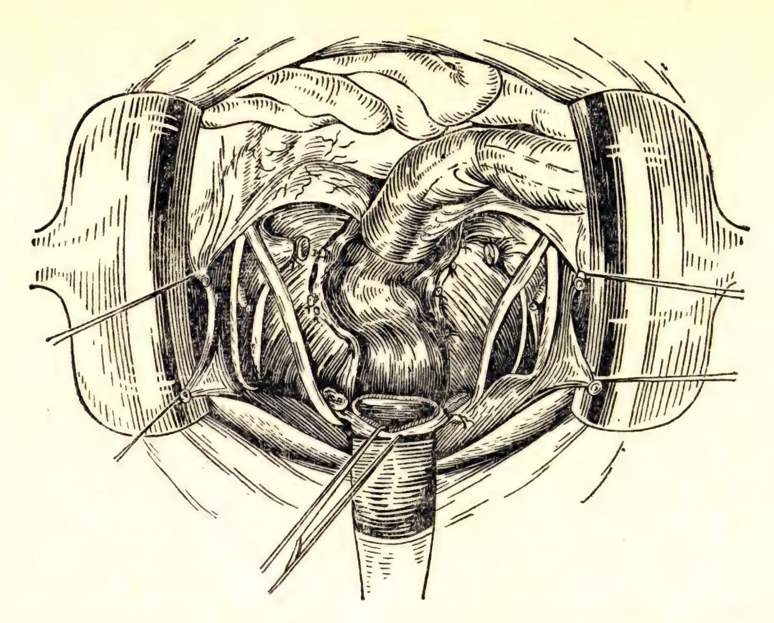


Рис. 141. Удалены матка с придатками и клетчаткой малого таза, лимфатические узлы.

С вопросом о результатах лечения рака шейки матки тесно связан вопрос о его рецидивах и метастазах. Рецидив опухоли обычно возникает на прежнем месте (например, в рубце влагалища) вследствие недостаточно радикального удаления опухоли хирургическим путем или неполной гибели клеток опухоли при лучевой терапии. Метастаз — рост опухоли вне ее первичного очага (например, в отдаленных лимфатических узлах, печени, кости) вследствие размножения перенесенных по лимфатической и кровеносной системе раковых клеток. Как рецидивы, так и метастазы чаще всего возникают в течение первых 2 лет (особенно часто в течение первого года) после удаления опухоли или лучевой терапии; спустя 3 года они встречаются лишь в виде исключения. Рецидивы или метастазы более злокачественны, чем первичная опухоль, и менее чувствительны к повторной лучевой терапии.

РАК ТЕЛА МАТКИ

Рак тела матки встречается у женщин старше 50 лет. Описаны единичные случаи рака этой локализации в возрасте от 7 до 18 лет и даже у детей 8 мес. При раке тела матки в отличие от рака шейки не отмечается преобладания многорожавших и перенесших гинекологические заболевания.

Патологоанатомически различают две основные формы рака тела матки: ограниченную и диффузную. При первой форме (рис. 142) наблюдаются очаги разрастаний, более или менее отграниченные от окружающей здоровой слизистой оболочки, или полип на ножке. Цвет этих разрастаний беловатый и серовато-красный.

При развитии ракового процесса и распаде опухоли образуются полости и язвы, проникающие более или менее глубоко в толщу мышечного слоя матки. Прободение подобных язв в свободную брюшную полость наблюдается весьма редко, так как до этого возникают сращения матки с мочевым пузырем, кишечником, сальником.

При диффузной форме (рис. 143) рака тела матки имеются обширные мозговидные разрастания, покрывающие внутреннюю поверхность матки на всем ее протяжении. Могут быть также отдельные узлы, полипы или изъязвления на почве распада опухоли. Прогрессирующее течение ракового процесса сопровождается распадом опухоли с образованием некротических крошащихся масс, имеющих гнилостный запах. При затрудненном оттоке секрета из матки в ней возникает скопление гнойного содержимого — пиометра (pyometra).

Гистологически рак тела матки представляет собой аденокарциному, железистый цилиндроклеточный рак (рис. 144). Значительно реже наблюдается плоскоклеточный рак тела матки. Гистогенез этой формы рака недостаточно выяснен. По-видимому, он возникает на почве метаплазии цилиндрического эпителия в плоский многослойный.

С и м п т о м а т о л о г и я. Внимание больной и врача должны привлечь бели молочного, гноевидного, реже сукровичного характера. При появлении этого симптома в любом возрасте, особенно в старческом или в климакте-



Рис. 142. Рак тела матки в форме узла.



Рис. 143. Рак тела матки, диффузная форма.



Рис. 144. Железистый рак тела матки. Экзофитный рост опухоли.

рическом периоде, необходимо обследование больной с целью установления причины белей.

Вторым важнейшим, почти патогномоничным для рака тела матки симптомом являются незначительные кровянистые выделения из матки в старческом возрасте, реже кровотечение. Этот симптом наблюдается у 83—88% больных. Если ациклические кровотечения возникают у женщины старше 40 лет, показано диагностическое выскабливание с гистологическим исследованием соскоба.

Третий симптом — боли, как правило, крайне неблагоприятный признак, указывающий на распространение ракового процесса за пределы матки. Изредка (при полипозной форме) боли возникают и в начальной стадии рака тела матки.

Клиническое течение. Состояние больной в начальных стадиях болезни не нарушено. Болезнь развивается медленнее, чем рак шейки матки. У некоторых больных не исключена возможность радикального лечения, даже если от первых проявлений болезни до обращения к врачу прошло более 2 лет. Только при распространении опухоли и распаде ее или при возникновении септического процесса отмечается исхудание, повышение температуры тела. Причины смерти — кахексия, метастазы, сепсис, перитонит.

Пути распространения рака тела матки. Рак слизистой оболочки тела матки распространяется по протяжению и по лимфатическим путям. Прежде всего рак с эндометрия переходит на миометрий, затем на трубы и на яичники, реже на слизистую оболочку шеечного канала. Согласно данным ряда авторов, частота этих метастазов колеблется от 4,5 до 10%. Распространение рака слизистой оболочки тела матки лимфогенно происходит в подчревные, подвздошные, обтураторные и нижние поясничные, иногда в паховые лимфатические узлы (по ходу круглой маточной связки). Параметральная клетчатка вовлекается в процесс значительно позже, чем при раке шейки матки. Изредка при первичном поражении молочных желез, желудочно-кишечного тракта, яичника рак тела матки является метастатическим.

Стадии рака тела матки. При двуручном влагалищном и прямокишечном исследовании очень важно определить стадию ракового поражения. Различают четыре стадии рака тела матки.

Стадия I — рак ограничен пределами слизистой оболочки тела матки.

Стадия II имеет три варианта: а) рак с инфильтрацией миометрия; б) с инфильтрацией параметральной клетчатки (с одной или обеих сторон) без перехода на стенки малого таза; в) рак тела матки с переходом на шейку.

Стадия III имеет два варианта: а) рак тела матки с инфильтрацией параметральной клетчатки (с одной или обеих сторон), перешедшей на стенку таза; б) рак тела матки с поражением регионарных лимфатических узлов, придатков матки, влагалища.

Стадия IV имеет два варианта: а) рак тела матки с прорастанием мочевого пузыря и прямой кишки; б) рак тела матки с отдаленными метастазами. В настоящее время пользуются также международной классификацией TNM.

Клиническая классификация должна быть осуществлена перед началом лечения. Не должна изменяться ни при каких обстоятельствах, а также на основании хирургических находок и после смерти больной.

T — первичная опухоль.
T1S — преинвазивная карцинома.
T1 — карцинома, ограниченная телом матки.
T1a — полость матки нормальной длины.
T1b — полость матки расширена.
T2 — карцинома захватывает шейку матки.
T3 — карцинома распространяется за пределы матки. Это может включать распространение на влагалище.
T4 — опухоль остается внутри малого таза.
T4 — карцинома распространяется за пределы малого таза или захватывает слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки. Наличие буллезного отека не является достаточным доказательством для классификации опухоли как T4.

Регионарные лимфатические узлы. Если невозможно определить состояние тазовых лимфатических узлов, употребляется обозначение NX; допустимо окончательное заключение на основе гистологического исследования, как NX^- или NX^+; M — дистальные метастазы, M0 — дистальных метастазов нет, M1 — дистальные метастазы имеются, включая паховые лимфатические узлы.

Диагностика. Распознавание рака тела матки (и его стадий) основывается на сочетании данных анамнеза (появление ациклических кровянистых выделений из матки) с тщательным объективным исследованием (диагностическое выскабливание и гистологическое исследование соскоба). Надо помнить, что нарушение общего состояния больной (исхудание, повышение температуры) отмечается лишь при далеко зашедшем раковом поражении. При комбинированном гинекологическом исследовании (влагалищное, с помощью зеркал и прямокишечное) необходимо выяснить источник кровотечения. Оно может происходить не только из матки, но и наблюдаться при заболеваниях других органов: уретры (полип), мочевого пузыря (цистит, опухоль, туберкулез, камень), влагалища (старческий кольпит), прямой и сигмовидной кишок (геморроидальные шишки, трещины, рак прямой, сигмовидной кишок). В затруднительных случаях следует произвести ректороманоскопию. При двуручном влагалищном исследовании определяют величину, форму, подвижность матки, придатков, наличие или отсутствие инфильтрата клетчатки малого таза (стадия поражения). Очень важно помнить, что в начальных стадиях рака матка не только не увеличена, но даже, наоборот, может быть уменьшенной, атро-



Рис. 145. Гистерограмма при раке эндометрия. Изъеденность контуров правой боковой стенки (по А. И. Сереброву).

фичной соответственно старческому возрасту больной; при этом никаких подозрительных на рак изменений шейки матки также не отмечается. Иногда при пальпации тела матки появляется кровь из канала шейки, что еще больше усиливает подозрение на рак слизистой оболочки тела матки. Основными способами, которые позволяют уточнить диагноз в подозрительных на рак тела матки случаях, являются гистеросальпингография (рис. 145) и диагностическое выскабливание всей слизистой оболочки тела и шейки матки (отдельно) с гистологическим исследованием соскоба. Наряду с этим может применяться и цитологическая диагностика путем аспирации клеточных элементов из полости матки.

Профилактика. Действенная профилактика рака тела матки возможна не всегда. Известны, однако, патологические состояния, которые можно отнести к предраковым (см. с. 239). Своевременное их выявление и лечение служат профилактикой рака тела матки.

Прогноз. Относительно благоприятен, так как распространение ракового поражения за пределы матки (на клетчатку, лимфатические узлы) наблюдается по истечении 1—2 лет после появления первых симптомов заболевания.

Лечение. В последние годы предложена терапия рака эндометрия прогестинами. Однако эти препараты можно применять лишь как компо-

нент комбинированного метода воздействия. Так, установлено, что применение оксипрогестеронакапроната на протяжении 3—6 нед при подготовке к операции больных раком тела матки значительно улучшает течение заболевания и прогноз. Целесообразна гормонотерапия и после операции. Лечение при раке тела матки (I и II стадии), как правило, хирургическое. Операция состоит в брюшностеночном (реже влагалищном) удалении матки с придатками. При поражении раком нижних отделов тела матки, переходе на шейку, обнаружении метастазов в тазовых лимфатических узлах показана расширенная экстирпация матки с придатками, тазовыми лимфатическими узлами и клетчаткой по Вертгейму. В дальнейшем, как только позволит общее состояние больной, назначают гормоны, профилактическое лучевое лечение в тех же дозах, что и в случаях рака шейки матки (особенно при глубоком прорастании стенки матки и метастазах в лимфатических узлах). При наличии противопоказаний к операции (тяжелые органические заболевания сердца и сосудов, нефрит и нефроз, тяжелые заболевания печени, тяжелая форма сахарного диабета), отказе больной от операции показана сочетанная лучевая терапия.

Данные последних лет говорят о хорошей эффективности внутриматочной радиотерапии, особенно при введении в матку нескольких ампул с радием (в ампуле по 8 мг радия).

При раке тела матки III стадии назначают гормонотерапию, глубокую рентгенотерапию и телегамматерапию (в сочетании с внуриматочной и внутривлагалищной радиотерапией и общеукрепляющим лечением). Повторное лучевое лечение применяют через 2—3 мес.

При наличии септической инфекции показаны антибиотики и симптоматическое лечение.

При раке тела матки IV стадии применяют симптоматическое лечение (наркотические, болеутоляющие), повторные переливания крови.

ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА

Хорионэпителиома — злокачественная опухоль, которая развивается из элементов трофобласта: цитотрофобласта и синцития ворсинок хориона. Изредка хорионэпителиома, точнее хориальные структуры, возникает и при отсутствии элементов трофобласта в недозрелой тератоме или тератобластоме у детей, девочек и мужчин (в яичках).

Хорионэпителиому довольно подробно описали Н. М. Никифоров (1887) и Маршан (1895—1898). Последний автор детально изучил гистогенез этой опухоли и назвал ее злокачественной хорионэпителиомой (chorioneptithelioma malignum). К. П. Улезко-Строганова высказалась за эпителиальный генез опухоли (1897). Частота развития хорионэпителиомы точно не установлена. Как правило, она возникает после патологической и значительно реже после нормальной беременности. Так, по данным Т. Бурдзинского, в 42% случаев хорионэпителиома образовалась после пузырного заноса, в 33% — после аборта и в 25% — после срочных и преждевременных родов. Статистические данные о частоте развития хорионэпителиомы после пузырного заноса противоречивы и колеблются от 1 до 10%, составляя в среднем от 5,5 до 6,5%. Интервал между предшествующей беременностью и развитием хорионэпителиомы колеблется от нескольких недель до многих лет (свыше 20).

Наиболее часто хорионэпителиома локализуется в матке, реже — во влагалище, в маточной трубе и яичниках.

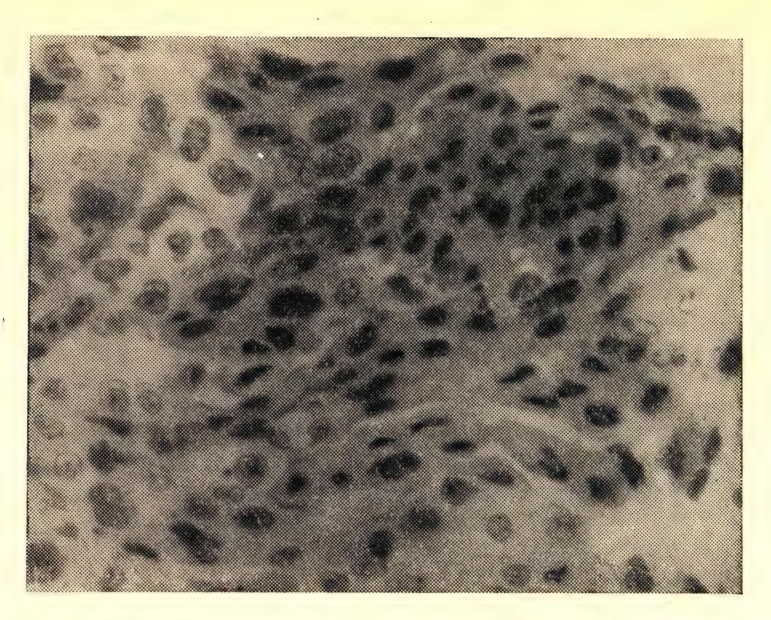


Рис. 147. Хорионэпителиома матки. Участок опухоли состоит из скопления клеток типа Лангганса, по периферии которых располагаются синцитиальные элементы.

Хорионэпителиома матки. Макроскопически опухоль представляется в двух формах: в виде узловатой опухоли, располагающейся на внутренней поверхности полости или в толще ее мускулатуры, либо в виде диффузных разрастаний, проникающих в стенку матки вплоть до брюшного покрова. Подобные разрастания изредка обусловливают самопроизвольное прободение стенок матки. Цвет опухоли темно-красный, багровый или сине-красный (рис. 146). Обычно она пронизана кровоизлияниями, хрупка и весьма легко распадается, что приводит к появлению профузных рецидивирующих кровотечений из матки (влагалища, маточной трубы).

Хорионэпителиома влагалища. Крайне редко бывает первичной; чаще возникает вследствие ретроградного метастаза опухоли из матки. Она имеет вид узла (или узлов) темно-синего или багрового цвета, слегка выступающего над поверхностью слизистой оболочки влагалища. Узлы опухоли вскоре после их образования некротизируются и вместо них возникают язвы с рыхлой тканью, иногда серо-грязного цвета; появляются профузные кровотечения.

Хорионэпителиома маточной трубы. Изредка хорионэпителиома первично развивается в трубе. Обычно такая локализация является результатом метастаза опухоли из матки, реже — осложнением трубной беременности. При развитии хорионэпителиомы маточной трубы возникают схваткообразные боли внизу живота. Распад опухоли и нарушение целости стенки сосудов трубы обусловливают обильное внутрибрюшное кровотечение.

При хорионэпителиоме маточных труб они представляются колбасовидно или ретортообразно увеличенными; на разрезе видна опухоль темно-багрового цвета, слоистого строения, состоящая из ломких, пронизанных кровоизлияниями масс.

Хорионэпителиома яичника. Первичная хорионэпителиома яичника встречается очень редко. Развитие вторичной (метастатической) хорион-

эпителиомы яичника не сопровождается никакими характерными симптомами. Хорионэпителиома яичника на разрезе имеет такой же вид. Микроскопически хорионэпителиома (рис. 147) состоит из синцития и цитотрофобласта при полном отсутствии стромы (в отличие от пузырного заноса). В таких случаях границы между лангхансовыми клетками и синцитием выражены четко, в других — эти элементы беспорядочно перемешаны.

Симптоматология. Первыми сиптомами, характерными для хорионэпителиомы матки, являются длительные маточные кровотечения, которые то усиливаются (иногда принимая характер опасного для жизни, профузного), то уменьшаются. Они упорно возобновляются, несмотря на повторное (иногда многократное) выскабливание матки и удаление ткани, которую ошибочно считают остатками плаценты. Маточные кровотечения отсутствуют лишь в редких случаях — при внутристеночном расположении опухоли. Длительное кровотечение и интоксикация организма обусловливают появление второго важного симптома хорионэпителиомы матки — постгеморрагической анемии. Третий, часто наблюдающийся симптом — серозно-кровянистые, кровянистые, часто с гнилостным запахом бели. В случаях инфицирования опухоли повышается температура и трудоспособность женщины нарушается. При исследовании крови отмечаются повышение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево, падение процента гемоглобина, уменьшение числа эритроцитов.

Клиническое течение хорионэпителиомы матки. Характерно раннее появление метастазов (во влагалище, в легких, печени, головном мозгу, почках). Метастазирование происходит в основном гематогенным путем. Соответственно локализации метастазов возникают и болезненные симптомы: при метастазе в легких появляются кашель, мокрота с кровью, при метастазе в головной мозг — головные боли, рвота, иногда гемипарез или парез конечностей. Обычно болезнь быстро прогрессирует и приводит к смерти вследствие кахексии, кровотечения, септического процесса или нарушения функции жизненно важных органов (метастазы в головной мозг, сердце).

Диагностика. Распознавание хорионэпителиомы основывается на тщательной оценке данных анамнеза и объективных методов. Большое значение имеют гистологическое исследование удаленной ткани (биопсия, выскабливание слизистой оболочки матки) и биологическая реакция Ашгейма — Цондека. Из данных анамнеза крайне важны указания на перенесенный пузырный занос, ациклические рецидивирующие кровотечения, симптомы со стороны легких, центральной нервной системы.

При гинекологическом исследовании необходим тщательный осмотр наружных половых органов, влагалища шейки матки (с помощью зеркал) в целях обнаружения метастазов, выяснения вопроса об источнике кровотечения, выделений. При хорионэпителиоме матки обнаруживают некоторое увеличение ее (редко отдельные узлы) и размягчение.

Важный диагностический прием — выскабливание слизистой оболочки матки и гистологическое исследование соскоба. Однако гистологическая диагностика хорионэпителиомы в ряде случаев представляет большие затруднения, так как характерной чертой опухоли является ранний распад. Поэтому при диагностике хорионэпителиомы большое значение имеют биологические реакции (Ашгейма — Цондека), реакции на лягушках, иммунологические реакции. Характерно для хорионэпителиомы резкое возрастание титра гонадотропинов в моче больной. Реакция Ашгейма — Цондека оказывается положительной не только с цельной мочой, но и при разведении ее 1 : 50 и 1 : 100; эта реакция имеет особое значение для распознава-

ния внеполовой локализации хорионэпителиомы. В единичных случаях титр гонадотропина невысокий (1 : 5, 1 : 10). Резко положительная реакция Ашгейма — Цондека (при сочетании с другими подозрительными на хорионэпителиому симптомами) говорит о хорионэпителиоме, даже если данные гистологического исследования сомнительны. Если при гистологическом исследовании соскоба слизистой оболочки матки имеется подозрение на хорионэпителиому, а реакция Ашгейма — Цондека отрицательная или сомнительная, то при наличии других подозрительных клинических симптомов нельзя окончательно исключить хорионэпителиому. Такая больная должна оставаться под наблюдением и повторно обследоваться через 1—2 нед (повторная реакция Ашгейма — Цондека).

Метастаз хорионэпителиомы в легкие и головной мозг может быть распознан при учете данных анамнеза (пузырный занос, беспорядочные кровотечения из влагалища) и тщательном гистологическом (в том числе и с помощью зеркал) и рентгенологическом обследовании; важна также постановка реакции Ашгейма — Цондека. Для уточнения диагноза применяется также флебография.

Прогноз. При своевременно поставленном диагнозе, химиотерапии и оперативном лечении прогноз в значительном большинстве случаев благоприятный. При наличии метастазов в отдаленные органы выздоровление наступает редко.

Профилактика. Профилактика хорионэпителиомы (вернее ранняя ее диагностика) основывается на учете частого (в 40—45%) развития этой опухоли после пузырного заноса. Каждая больная, у которой был пузырный занос, нуждается в последующем систематическом (в первые полгода — один раз в месяц, в дальнейшем — каждые 2—3 мес) врачебном наблюдении по крайней мере в течение 1—2 лет. Ежеквартально необходимо ставить реакцию Ашгейма — Цондека и тщательно исследовать женщину с помощью зеркал. При появлении беспорядочного кровотечения или положительной реакции Ашгейма — Цондека показаны немедленное диагностическое выскабливание полости матки и рентгенография легких (с целью своевременной диагностики метастаза хорионэпителиомы).

Хорионэпителиома развивается чаще после тех форм пузырного заноса, которые характеризуются гиперплазией и анаплазией хориального эпителия и беспорядочным расположением лангхансовых клеток и синцития.

Важное значение имеют состояние яичников, развитие в них тека-лютеиновых кист и правильная их оценка. Известно, что тека-лютеиновые кисты часто образуются при пузырном заносе (в 40—50% случаев) и реже при хорионэпителиоме. При пузырном заносе они возникают иногда через несколько недель и даже через 1—2 мес после удаления его. Эти кисты достигают иногда больших размеров (15—20 см в диаметре). Отличительной их особенностью является способность к обратному развитию. При обнаружении подобных кист яичников важно повторно ставить реакцию Ашгейма — Цондека. Если количество гонадотропинов убывает и других симптомов, характерных для хорионэпителиомы, нет, можно продолжать наблюдение, так как эти кисты подвергаются обратному развитию. Подобное систематическое наблюдение и тщательное обследование позволяют своевременно выявить хорионэпителиому и провести радикальное лечение.

Лечение. При хорионэпителиоме матки показано оперативное лечение — экстирпация матки с придатками и последующая глубокая рентгенотерапия. Нередко проводится химиотерапия.

Показания к операции: обильное маточное кровотечение, угро-

за разрыва матки, если опухоль ограничена пределами матки и величина которой, как при 12 и более недель беременности, стойкая положительная реакция на гонадотропины, несмотря на интенсивную химиотерапию. В остальных случаях применяют метотрексат или рубомицин (по 60 мг на 1 $м^2$ поверхности кожи 2 дня подряд с интервалом в 5 дней). По окончании лечения больная должна оставаться под наблюдением врача (осмотр через 1—3 мес). Если подозрительных симптомов нет, нужно ставить реакцию Ашгейма — Цондека (в течение 2 лет) один раз в 3 мес. При появлении положительной реакции Ашгейма — Цондека необходимо тщательно обследовать больную с целью обнаружения рецидива или метастаза опухоли. Если у больной возникли бели, ациклические кровотечения (метастаз во влагалище), ее также необходимо срочно обследовать. При обнаружении метастаза во влагалище и в легких показана химиотерапия; вместе с тем и при отдаленных метастазах целесообразно удаление матки с придатками, так как, по имеющимся наблюдениям, удаление основного очага может приостановить развитие заболевания.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МАТКИ ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

САРКОМА МАТКИ

Различают саркому тела и шейки матки. В отличие от рака, который обычно поражает шейку, саркома чаще возникает в теле матки. Саркома тела матки встречается в 85—90% случаев, а саркома шейки — лишь в 10—15% всех сарком матки. Саркома тела матки нередко возникает внутри миомы; однако предположение о злокачественном превращении зрелых мышечных элементов в саркому не соответствует современным представлениям об опухолевом росте.

Правильнее считать, что возникновение саркомы в миоме происходит путем развития самостоятельной опухоли из незрелых участков тканей, способных к деструирующему росту.

Частота развития саркомы матки точно на выяснена. Обычно саркома матки возникает у женщин 45—55 лет.

Саркома тела матки может развиваться интерстициально, захватывая в дальнейшем всю стенку матки и обнаруживая инфильтрирующий рост по направлению к серозному покрову ее. Саркома возникает также и в слизистой оболочке матки. Размеры матки при саркоме могут быть очень большими: вес опухоли достигает 20 кг.

Саркомы стенки матки круглоклеточные или смешанные, кругло- и веретенообразноклеточные. Саркома слизистой оболочки матки может быть диффузной или поражает отдельные участки в виде полипов, узлов или гроздей; она состоит из круглых и полиморфных, а в редких случаях из веретенообразных клеток. Опухоль обильно снабжена кровеносными капиллярами и лимфатическими сосудами.

Саркомы шейки матки первоначально возникают в стенке ее (диффузная и узловая форма) или поражают слизистую оболочку (гроздевидная форма).

Саркомы влагалищной части шейки матки наблюдаются очень редко. При развитии опухоли шейка матки увеличивается; эпителиальный покров ее влагалищной части сохраняется или же возникает изъязвление. Саркомы могут появляться в любом возрасте, начиная с первых месяцев жизни девочки.

Саркомы отличаются резко выраженной склонностью к распространению на соседние органы и метастазированию. Метастазирование происходит как по лимфатическим, так и по кровеносным путям; наиболее часто метастазы возникают в легких и печени. Длительность заболевания около 2 лет. Смерть наступает от некроза опухоли, вторичной инфекции и кахексии. Изредка наблюдаются так называемые мезодермальные гетерологические опухоли тела и шейки матки; они состоят из элементов соединительной, хрящевой, костной ткани. Клиническое течение крайне неблагоприятное.

С и м п т о м а т о л о г и я. При саркоме тела матки (интерстициальной) наблюдаются, как и при миомах, длительные и обильные менструации. При саркоме слизистой оболочки матки больные отмечают сукровичные и кровянистые выделения. Распад и инфицирование опухоли проявляются гнойно-кровянистыми выделениями с ихорозным запахом, учащением пульса, нарушением общего состояния, ознобом.

При гроздевидной форме саркомы тела и шейки матки может быть обнаружен рождающийся полип, иногда распадающийся. В связи с обильными кровотечениями и быстрым распространением опухоли у больной развиваются постгеморрагическая анемия, упадок питания, кахексия.

Д и а г н о с т и к а. Диагноз саркомы матки может быть поставлен при сочетании данных анамнеза (см. *«Симптоматология»*) и гистологического исследования полипа, соскоба слизистой оболочки матки или биопсии шейки матки. Диагноз саркомы (особенно у детей) представляет значительные трудности; необходимо исследование многих срезов, повторные биопсии. При интерстициальной саркоме тела матки диагноз может быть лишь предположительным. Важное значение имеет указание на быстрый рост матки в климактерическом и старческом возрасте.

П р о г н о з. Весьма серьезен ввиду быстрого прогрессирования опухоли.

Л е ч е н и е. При диагнозе саркомы показана экстирпация матки с придатками и последующая глубокая рентгенотерапия. Если опухоль вышла за пределы матки, но без метастазов в отдаленные органы, применяют глубокую рентгенотерапию, сарколизин. При наличии метастазов в отдаленных органах показана симптоматическая терапия.

ОПУХОЛИ МАТОЧНЫХ ТРУБ

РАК МАТОЧНЫХ ТРУБ

Рак маточных труб может быть первичным и вторичным. Первичный рак труб наблюдается редко, вторичный — является обычно результатом распространения рака яичников или, что бывает реже, рака матки. Распознавание рака маточных труб крайне затруднительно.

Л е ч е н и е. Оперативное удаление матки с придатками и подвздошными лимфатическими узлами. В послеоперационном периоде рекомендуется глубокая рентгенотерапия.

ХОРИОНЭПИТЕЛИОМА МАТОЧНЫХ ТРУБ

О хорионэпителиоме маточных труб см. в разделе *«Хорионэпителиома»* (с. 261).

ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

Яичники являются парным органом, в котором развиваются опухоли самого различного генеза и строения; в этом отношении яичники занимают среди других органов человека одно из первых мест. Приведем в связи с этим краткие данные о размерах, топографии и строении нормальных яичников женщины. Яичники взрослой женщины имеют эллипсоидную форму; длина их 3—5 см, ширина 1,5—3 см, толщина 0,7—1,5 см, масса 5—6 г. Яичник находится у боковой стенки малого таза, около середины терминальной линии; своей наружной поверхностью яичник расположен в ямке брюшины (fossa ovarica). Эта ямка находится под терминальной линией в углу между расхождением a. iliaca externa и a. iliaca interna (hypogastrica); кзади от нее проходят мочеточник и внутренняя подвздошная артерия. Длинник яичника стоит почти вертикально.

Медиальная поверхность яичника обращена в полость малого таза, иногда прикрыта брюшным концом трубы; один край яичника вставлен в задний листок широкой связки матки. Яичник имеет две связки: подвешивающую связку (lig. suspensorium ovarii) и собственную связку яичника (lig. ovarii proprium). Первая связка представляет собой складку брюшины, которая начинается от линии входа в малый таз, там, где vasa iliaca communia делятся на внутренние и наружные; она идет вниз к яичнику и маточной трубе; в ней заложены яичниковые сосуды, плотная волокнистая соединительная ткань и пучки гладкой мускулатуры. Собственная связка яичника идет от этого органа к углу матки, сразу ниже места соединения трубы с маткой. Эта довольно толстая связка (3—5 мм) содержит кровеносные сосуды, состоит из фиброзной ткани и пучков гладкой мускулатуры.

Яичник покрыт зачатковым низким кубическим эпителием под которым находится плотная белочная оболочка (tunica albuginea). Под белочной оболочкой располагается масса яичника, разделяющаяся на корковый и мозговой слой. Кроме нормальных компонентов яичников, в происхождении опухолей их играют определенную роль еще две группы образований: эмбриональные остатки и дистопии (мозговые тяжи, ткань коркового слоя надпочечника); 2) постнатальные разрастания, гетеротопии и метаплазии эпителия.

КИСТОМА ЯИЧНИКА

Среди эпителиальных доброкачественных опухолей женских половых органов часто встречаются кистомы яичников.

Термином «кистома» определяют истинную доброкачественную опухоль яичника. Различают две формы кистом из эпителиальных элементов: псевдомуцинозные и серозные (с мерцательным эпителием). Первую форму кистом называют также железистой — cystadenoma proliferum glandulare или blastoma epitheliale pseudomucinosum. Вторую форму кистом (серозных) называют также сосочковой — cystadenoma papillare или цилиоэпителиальной – blastoma cilioepitheliale.

Псевдомуцинозная (железистая) кистома. Псевдомуцинозная железистая кистома представляет собой доброкачественную эпителиальную опухоль яичника, которая может достигать гигантских размеров. Так, были



Рис. 148. Многокамерная псевдомуцинозная кистома.

описаны кистомы массой до 132 кг. У одной больной масса тела до операции была 117 кг, а масса удаленной кистомы достигала 80 кг. В настоящее время при широкой доступности в СССР квалифицированной медицинской помощи такие гигантские опухоли уже не встречаются.

Поверхность опухоли большей частью неровная, с многочисленными выпячиваниями вследствие наличия ряда камер. Консистенция опухоли туго-эластическая. Стенка опухоли имеет блестящий светло-серый цвет, иногда с синюшным оттенком. На разрезе опухоль редко бывает однокамерной, большей частью она многокамерная с образованием дочерних и внучатых полостей (рис. 148). Между отдельными полостями заметны остатки перегородок, разрушенных вследствие значительного давления содержимого опухоли. Стенка кистомы снаружи покрыта так называемым зародышевым (зачатковым) эпителием яичника; затем следует слой (2—3 мм) волокнистой соединительной ткани, то более плотной, то разрыхленной; в этой ткани проходят мелкие кровеносные сосуды и лимфатические пути. Внутренняя поверхность стенки псевдомуцинозной кистомы покрыта особым однослойным эпителием, который очень напоминает эпителий шейки матки (рис. 149). Клетки этого эпителия имеют чаще всего высокую приз-

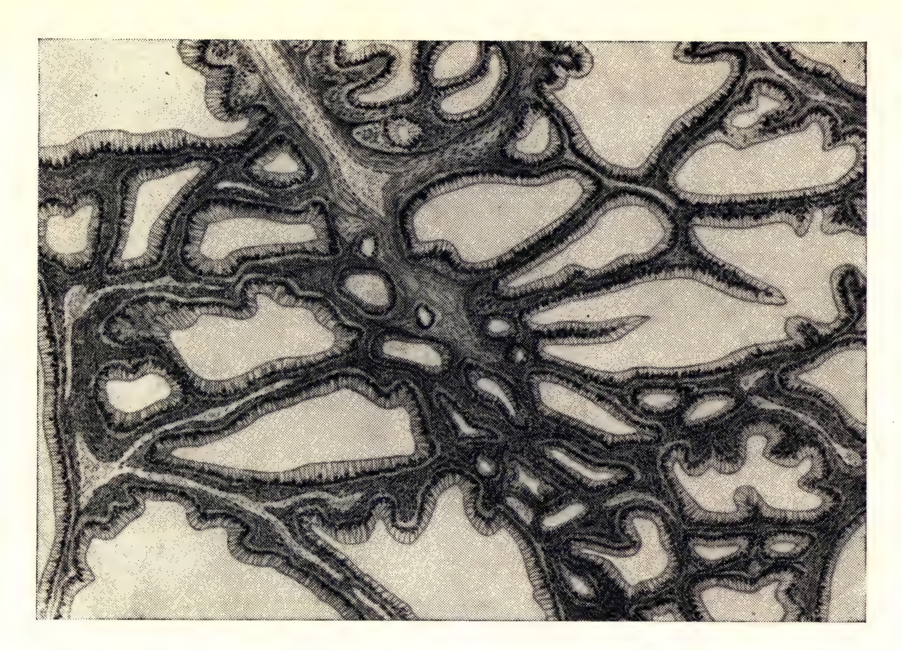


Рис. 149. Микроскопическое строение псевдомуцинозной кистомы.

матическую форму; небольшое ядро клетки находится у ее основания. Слизь вначале образуется в верхушечной части клетки, затем она заполняет всю надъядерную часть цитоплазмы; при этом ядро клетки оттесняется к ее основанию, окрашивается темнее и имеет утолщенную форму.

В зависимости от стадии слизеобразования эпителиальные клетки изменяют свою форму, которая из правильной высокопризматической (если слизеобразование происходит в группе соседних клеток) переходит в бокаловидную или шаровидную. После выделения слизи клетки суживаются, приобретая вид темных столбиков (при окраске гематоксилином). Отдельные эпителиальные клетки отторгаются и дегенерируют. Секрет, выделяемый клетками, представляет собой не белковое, а слизеподобное вещество — псевдомуцин (глюкопротеид), окрашивающийся муцикармином, но в отличие от муцина не осаждающийся при действии уксусной кислоты. Содержимое псевдомуцинозной кистомы имеет вид густой, тягучей, коллоидной или жидкой слизеподобной массы. Эпителиальные клетки обладают особым характером роста — по направлению кнаружи (центрифугально). Это так называемый эвертирующий рост. В результате эвертирующего роста образуются выступы, в которых в дальнейшем возникают полости. В псевдомуцинозных кистомах, однако, можно найти участки стенки с инвертирующим (внутрь — центрипетальным) ростом, характерным для цилиоэпителиальных кистом. Иногда наряду с опухолевыми элементами удается обнаружить небольшие участки нормальной яичниковой ткани с фолликулами в различной стадии развития.

Кистома обычно имеет ножку (рис. 150). Анатомическая ножка состоит из трех образований: подвешивающей связки яичника (lig. suspensarium ovarii), собственной связки яичника (lig ovarii proprium) и части широкой связки (mesovarium). Термином «хирургическая ножка» обозначают те анатомические образования, которые приходится пересекать и перевязы-

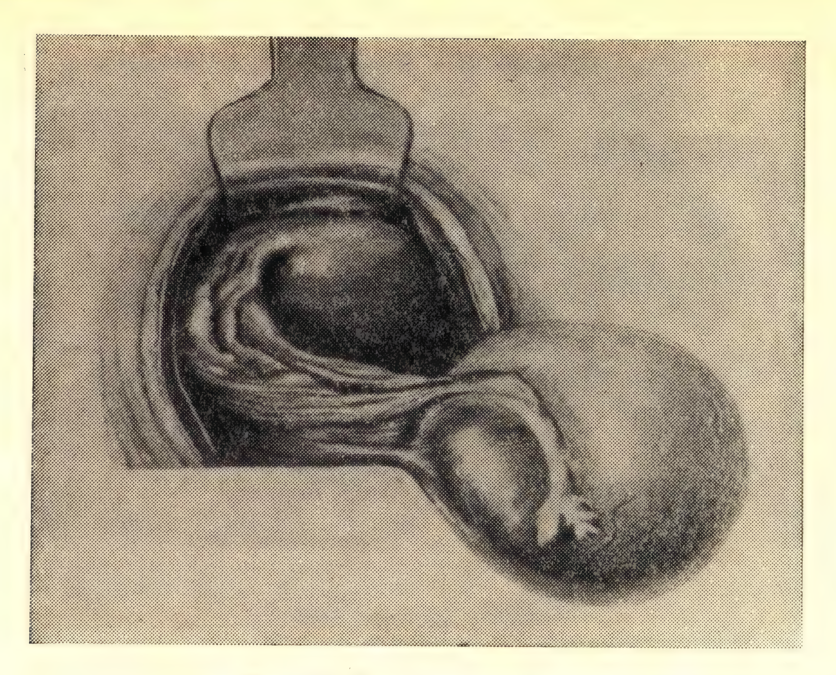


Рис. 150. Ножка кистомы яичника.

вать во время операции. В состав хирургической ножки кистомы, кроме указанных выше образований, входит маточная труба. Ширина анатомической ножки колеблется от 1—2 до 15—20 см. В ней проходят кровеносные сосуды (a. ovarica), анастомоз яичниковой артерии с маточной, лимфатические сосуды, ведущие к поясничным лимфатическим узлам, и нервы (n. ovaricus).

Цилиоэпителиальная кистома (с мерцательным эпителием). Цилиоэпителиальная кистома представляет собой опухоль яичника, макроскопически и микроскопически отличающуюся от псевдомуцинозной кистомы. Она часто (свыше 50% случаев) бывает двусторонней, причем редко достигает величины головы взрослого человека. Стенка опухоли тонкая, покрыта снаружи зачатковым эпителием яичника. Затем следует соединительный и внутренний эпителиальный слои. Соединительнотканный слой стенки опухоли снаружи более плотный, внутри рыхлый с довольно значительным количеством сосудов. Эпителий, покрывающий внутреннюю поверхность кистом, призматический, более низкий, чем в псевдомуцинозных кистомах. Ядра эпителиальных клеток крупные, расположены в центральной части клеток; определяются также на свежих препаратах группы мерцательных клеток (рис. 151). При разрезе опухоли на внутренней ее поверхности часто выступают множественные сосочковые разрастания (рис. 152). Иногда эти разрастания расположены очень густо и напоминают цветную капусту. Нередко папиллярные сосочки прорастают стенку опухоли, выходя за ее наружную поверхность (рис. 153), что создает угрозу диссеминации опухоли (см. ниже). Каждый сосочек имеет рыхлую, богато снабженную сосудами соединительнотканную основу. При микроскопическом исследовании во многих сосочках можно обнаружить явления отека, а иногда и отложение извести.

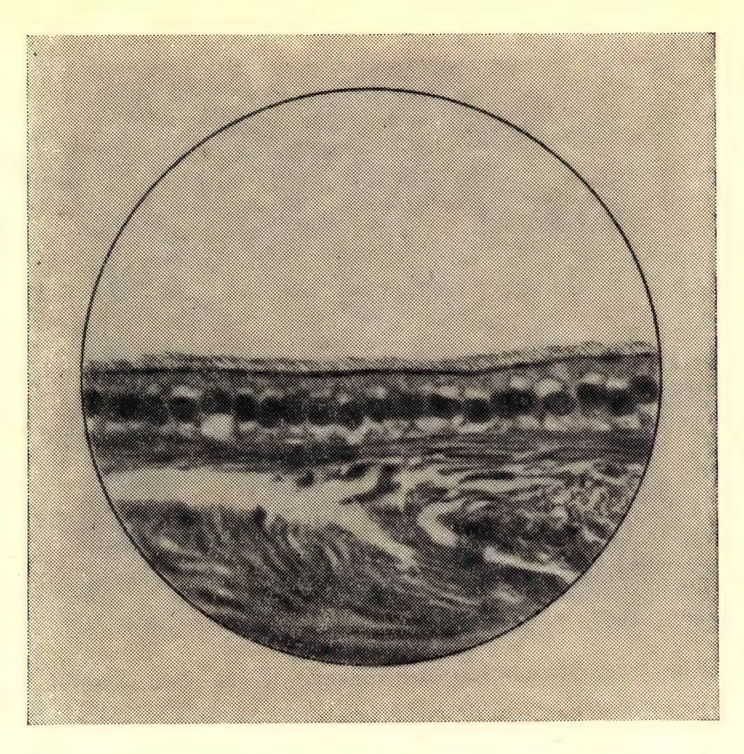


Рис. 151. Микроскопическое строение циллиоэпителиальной кистомы яичника.

Содержимое серозных кистом представляется жидким, прозрачным и имеет коричневый, красноватый или грязно-желтый цвет. В отличие от псевдомуцинозных кистом псевдомуцин отсутствует; определяется белок.

Изредка встречаются так называемые простые серозные кистомы (cystoma serosum simplex; Kermauner). Это однокамерные кистомы, покрытые низким цилиндрическим или кубическим эпителием; их содержимое серозное, стенка толстая. В большинстве случаев на внутренней поверхности подобных кистом нет капиллярных разрастаний.

Клиническое течение и симптоматология неосложненных кистом яичника. Развитие кистом яичника у ряда больных не отражается на их общем состоянии и не сопровождается вначале никакими болезненными симптомами (ни общими, ни местными). При небольших подвижных опухолях яичников не нарушаются ни аппетит, ни функции желудочно-кишечного тракта и мочевых путей, ни менструальный цикл. Менструальный цикл изменяется редко — при нарушении общего состояния (развитие кахексии) и злокачественном (раковом) характере опухоли.

Детородная функция, как правило, также не нарушается. Даже у больных, страдающих двусторонним раком яичников, возможно наступление и прогрессирование беременности. Однако при развитии беременности чаще возникают осложнения: перекручивание ножки опухоли, боли, связанные с ее ущемлением, нарушение мочеиспускания. Иногда возникает самопроизвольный аборт (редко). Подвижная кистома на ножке обычно

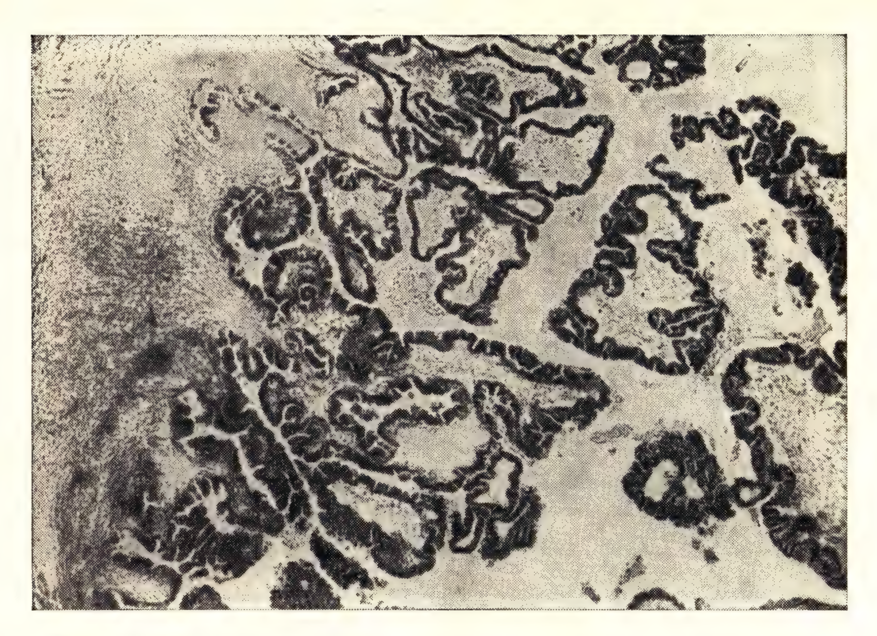


Рис. 152. Папиллярная кистома яичника (сосочковые разрастания).



Рис. 153. Двусторонняя папиллярная кистома яичника.

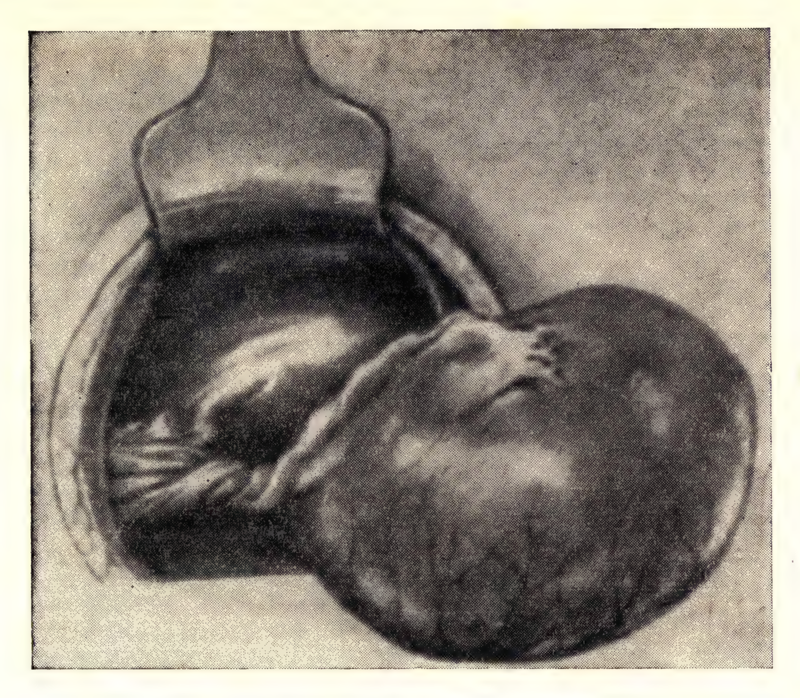


Рис. 154. Перекрут ножки кистомы яичника.

не представляет затруднений при родах (опухоль поднимается высоко над входом в таз). Однако в послеродовом периоде нередко происходит перекручивание ножки опухоли (см. ниже).

При развитии кистом в детородном и старческом возрасте, как правило, белей не наблюдается.

Клиническое течение кистом яичников у девочек и девушек имеет свои характерные особенности: весьма рано отмечаются боли, часто возникают перекручивание ножки опухоли, кровоизлияние в полость опухоли, разрыв ее капсулы; отмечается увеличение живота и при небольшой опухоли.

Прогрессирующее увеличение объема опухоли обусловливает, наконец, рост окружности живота и у взрослых женщин, что заставляет больную обратиться к врачу. Если опухоль ограниченно подвижна, имеет короткую ножку или растет внутрисвязочно, то и при небольших размерах ее возникает ряд болезненных симптомов: боли в животе и пояснице, чувство тяжести, иногда частые позывы на дефекацию, затруднение ее и расстройство мочеиспускания. Эти симптомы обусловливаются ущемлением опухоли в малом тазу, смещением и нарушением функции соседних органов (мочевых путей и кишечника), прижатием нервных стволов. При чрезмерно больших размерах кистомы больные жалуются на одышку, сердцебиение, появляются отеки нижних конечностей, действие кишечника нарушается. Развитие гигантской опухоли яичника (в настоящее время почти не наблюдается) обусловливает резкое исхудание больной, потерю трудоспособности и картину прогрессирующей кахексии. В доантисептический период такие больные умирали от кахексии или от вторичной септической инфекции, чаще всего в связи с повторной пункцией кистомы через переднюю брюшную стенку.

Наиболее часто наблюдаются следующие осложнения: 1) перекручивание ножки опухоли; 2) сращение опухоли с соседними органами и инфицирование ее; 3) прорыв опухоли в соседние органы, разрыв ее стенки; 4) злокачественное превращение (малигнизация) опухоли.

Перекручивание ножки кистомы (рис. 154). Возникает довольно часто, особенно при наличии благоприятствующих условий: большая подвижность опухоли, небольшие ее размеры, значительное растяжение передней брюшной стенки (отвислый живот), беременность, послеродовой период. Наиболее часто перекручивание ножки кистомы происходит у девочек и девушек.

Моменты, непосредственно обусловливающие перекручивание ножки кистомы, точно не известны. Возможно, что ее перекручивание возникает при внезапном выскальзывании опухоли из малого таза в большой, при поднятии значительной тяжести, при резком повороте туловища больной (прыжок, физкультурное упражнение, окончание родового акта). Если перекручивание ножки опухоли происходит постепенно и кровоснабжение ее не нарушается, не возникает никаких болезненных симптомов и перекручивание ножки опухоли диагностируется только во время операции.

При внезапном перекручивании ножки опухоли на 180° и больше прежде всего нарушается проходимость вен; просвет артерий сохраняется; ток крови в тонкостенных венах резко нарушается или совсем прекращается; возникает венозная гиперемия. При дальнейшем перекручивании ножки опухоли резко нарушается ее кровоснабжение и питание. Такое перекручивание сопровождается болями в животе, тошнотой, рвотой, вздутием кишечника, учащением пульса. При резких болевых ощущениях и значительном кровоизлиянии в полость опухоли отмечается картина шока с падением артериального давления и явлениями обескровливания. Температура тела вначале не изменяется; в последующие дни она становится субфебрильной (всасывание крови, некротических масс), иногда повышается до 38—39°С. Через несколько часов (реже через сутки) после начала приступа острые болевые ощущения ослабевают, но не исчезают. При исследовании определяется напряжение брюшных стенок над опухолью, ограничение ее подвижности, увеличение размеров опухоли, болезненность при попытке сместить ее. Повышение температуры и особенно наличие гектической температуры, резкое учащение пульса, изменения со стороны крови (лейкоцитоз, повышение СОЭ, сдвиг формулы белой крови влево) указывают на инфицирование опухоли (см. ниже).

Сращение с соседними органами и инфицирование опухоли. Возникновению сращений благоприятствуют перекручивание ножки опухоли и связанные с этим нарушение питания, кровоизлияние в стенку опухоли, слущивание эпителия.

Перекручивание ножки опухоли и образование сращений способствуют развитию редкого в настоящее время осложнения — инфицирования опухоли.

Прорыв содержимого опухоли в свободную брюшную полость или вскрытие опухоли в соседние органы (мочевой пузырь, кишечник, влагалище). Возникают при отсутствии своевременной диагностики и лечения нагноившейся кистомы яичника. Подобное осложнение встречается в настоящее время крайне редко.

Разрыв опухоли — очень редкое осложнение у больных детородного и старческого возраста, однако у детей подобное осложнение встречается нередко. Причины его различны: чаще всего травма, падение, реже неосторожное исследование. Самопроизвольный разрыв кистомы может воз-

никнуть при нагноении опухоли, наличии тонкостенной опухоли и очень быстром росте ее, чрезмерном накоплении жидкого содержимого опухоли.

При разрыве стенки опухоли обычно возникают острые боли в животе и клинические симптомы шока; реже наблюдаются симптомы острого внутреннего кровотечения вследствие разрыва сосудов, питающих опухоль; размеры опухоли внезапно уменьшаются или она совсем не определяется. Гораздо реже разрыв неинфицированной кистомы не сопровождается столь яркими симптомами и обнаруживается только при операции.

Разрыв стенки кистомы создает опасность дальнейших осложнений, а именно: а) имплантации элементов опухоли (при серозной кистоме); б) метастазирования (при злокачественной опухоли); в) образование (развитие) псевдомиксомы брюшины.

Злокачественное превращение (малигнизация) опухоли (см. с. 285) очень опасное осложнение кистомы. Наиболее часто малигнизируются цилиоэпителиальные кистомы, реже — псевдомуцинозные. Злокачественное превращение кистомы яичника у девочек наблюдается крайне редко.

Течение так называемых простых серозных кистом более благоприятно, чем кистом с папиллярными разрастаниями.

Диагностика. Своевременная диагностика опухоли яичника чрезвычайно важна, так как от правильно и своевременно поставленного диагноза зависит решение вопроса о необходимости оперативного удаления опухоли.

Небольшая кистома яичника представляет собой опухоль, обычно расположенную в крестцовой впадине кзади и сбоку от матки. Форма опухоли овоидная или округлая, консистенция эластическая (в отличие от дермоида, который имеет плотную консистенцию), поверхность гладкая, иногда бугристая (многокамерная кистома). При смещении опухоли нередко удается определить ножку ее и отделить опухоль от матки. В ряде случаев нельзя ограничиться лишь методами влагалищного и прямокишечного исследования, но надо использовать и общепринятые методы диагностики опухолей органов брюшной полости (осмотр, пальпация, перкуссия), а в ряде случаев и методы рентгенологического (газовая рентгенопельвиография, биконтрастная рентгенопельвиография и эндоскопия), и урологического (цистоскопия, катетеризация мочеточников, пиелография) исследования.

Если опухоль определяется в малом тазу, то при недостаточно четком отграничении ее от матки необходимо исключить возможность маточной и внематочной беременности или миомы матки (см. с. 381). Кроме того, нужно дифференцировать кистому яичника от воспалительных процессов труб, яичников, брюшины, клетчатки, туберкулеза (см. с. 196) и дистопии органов (почки, селезенка).

Чтобы исключить беременность (нормальную и патологическую — в ретрофлектированной матке, внематочную), надо прежде всего учесть данные анамнеза, отсутствие менструаций, наличие ощущений, свойственных беременности, болей, кровянистых выделений из матки (при патологической беременности) и проверить наличие изменений, свойственных беременности (секреция молочных желез, пигментация околососковых кружков, лица, срединной линии тела, цианоз слизистой оболочки влагалища, шейки матки, увеличение и изменение консистенции матки). В сомнительных случаях целесообразно произвести биологическую реакцию Ашгейма — Цондека и повторно осмотреть больную через 10—12 дней.

После исключения маточной беременности необходимо принять во внимание возможность внематочной (чаще всего трубной) беременности, прогрессирующей или прервавшейся. При дифференциальной диагностике нужно учитывать данные анамнеза (нарушение менструаций, болевые ощущения, явления анемизации) и объективного исследования — неправильную форму и нечеткие границы увеличенной маточной трубы, тестоватую консистенцию и малую ее подвижность.

Необходимо далее провести дифференциальное распознавание между кистомой яичника и миомой матки. Миомы матки часто множественны, плотной консистенции, хорошо определяется переход шейки матки в тело, узлы различной величины и формы. Некоторое значение имеет также проба с пулевыми щипцами, наложенными на влагалищную часть шейки матки, и зондирование ее. При наличии изолированного субсерозного узла на ножке дифференциальная диагностика может представлять известные трудности. Правильный диагноз облегчается, если у больной отмечается гиперполименорея, опухоль плотной консистенции, с бугристой поверхностью. Кистома яичника обычно имеет туго-эластическую (реже плотную — дермоидная киста) консистенцию. Поверхность опухоли гладкая, иногда слегка неровная (многокамерная кистома); нарушений менструального цикла, как правило, не наблюдается.

Дифференциальная диагностика в затруднительных случаях облегчается применением лапароскопии, гинекографии, ультразвука.

После исключения беременности или миомы матки следует дифференцировать кистому яичника от воспалительного процесса в маточных трубах. Из данных анамнеза важны при воспалительных процессах указания на связь заболевания с началом половой жизни, абортом, родами. Нередко больные указывают на повторные обострения, бесплодие (вторичное или первичное). В острой стадии воспалительного процесса с образованием экссудата в клетчатке малого таза или в маточно-прямокишечном углублении брюшины общее состояние нарушено, температура повышена, пульс учащен, определяется лейкоцитоз, СОЭ увеличена. При наличии экссудата в маточно-прямокишечном углублении обнаруживается выпячивание заднего свода влагалища. При боковом или заднем параметрите (исследование через прямую кишку) инфильтрат сливается со стенками таза, имеет языкообразную форму (подробнее см. главу V). В хронической стадии воспалительного процесса при организации экссудата консистенция его плотная, поверхность часто неровная, подвижность отсутствует или резко ограничена. Яичник при воспалительном процессе лишь незначительно увеличен, болезнен, обычно окружен сращениями. Воспаление яичников большей частью является двусторонним.

При диагнозе кистомы яичника желательно также определить, является ли она псевдомуцинозной или цилиоэпителиальной, однако дифференциальная диагностика этих опухолей нередко бывает затруднительной. При наличии двусторонних бугристых опухолей яичников и асцита всегда следует подумать о диагнозе рака яичников (см. с. 285).

Клиническая симптоматология различных осложнений кистом (перекручивание ножки опухоли, инфицирование, прорыв стенки) описана выше. Наличие соответствующих симптомов позволяет распознавать эти осложнения.

Дифференциация внутрисвязочно расположенной кистомы яичника от паровариальной кисты нередко бывает затруднительна. Правильная диагностика облегчается, если удается определить неизмененный яичник отдельно от кисты.

Диагноз ожирения брюшной стенки устанавливается на основании общего ожирения и тщательной пальпации.

Опухоли органов брюшной полости, обладающие подвижностью, могут исходить из матки, яичника, сальника, брыжейки, кишечника. При постановке диагноза нужно учитывать указание больной на место (эпигастральная, мезогастральная или гипогастральная область), где впервые была обнаружена опухоль, и направление ее дальнейшего роста. Важно обращать внимание на то, в каком направлении легче (или труднее) сместить опухоль. Так, опухоль яичника с недлинной ножкой ограниченно смещается кверху и затем возвращается в исходное положение; опухоль почки, наоборот, трудно смещается книзу и легко перемещается в подреберную область. Подробнее эти вопросы разбираются в руководствах по хирургии.

При очень больших опухолях, выполняющих всю брюшную полость, точное распознавание, откуда исходит опухоль, нередко представляет большие трудности. Пункция опухоли с целью уточнения диагноза не рекомендуется ввиду опасности диссеминирования элементов опухоли, ранения кишечника, угрозы инфекции. Как крайняя мера при невозможности точного определения характера опухоли показано диагностическое чревосечение. Диагностика облегчается применением лапароскопии, гинекографии, ультразвука. В хронической стадии воспалительного процесса при организации экссудата консистенция его плотная.

Клиническая симптоматология различных осложнений кистом (перекручивание ножки опухоли, инфицирование, прорыв стенки) описана выше. Наличие соответствующих симптомов позволяет распознавать эти осложнения.

При распознавании больших кистом яичника, верхняя граница которых находится выше плоскости входа в малый таз, необходимо прежде всего исключить: 1) беременность; 2) асцит; 3) значительное ожирение передней брюшной стенки, а также опухоли других органов брюшной полости (кишечника, сальника) и забрюшинных органов.

Чтобы исключить беременность, требуются: тщательно собранный анамнез, осмотр (пигментация лица, сосков и срединной линии живота), пальпация (прощупывание головки, мелких частей плода) и аускультация (сердцебиение, движение плода). В затруднительных случаях производят реакцию Ашгейма — Цондека и рентгенографию (контуры скелета плода). Производят электрокардиографию плода и ультразвуковое исследование.

Асцит часто возникает вследствие декомпенсации сердечно-сосудистой системы, цирроза печени, болезни почек.

Эти заболевания должны быть исключены путем тщательного опроса и исследования.

Живот в случае асцита при положении больной на спине имеет лягушачью форму — растянут в стороны (рис. 155), тогда как при кистоме форма живота куполообразная (рис. 156). При перкуссии у больных с асцитом определяется притупление перкуторного звука в боковых отделах живота; если на поверхность жидкости всплывает (при длинной брыжейке) кишечник, то мы определяем тимпанический звук в эпи-, а иногда в мезогастральной области; граница этого звука имеет книзу выпуклые очертания и переходит в область притупления (над жидкостью).

При перкуссии над опухолью яичника определяется только тупой звук, без зоны прояснения, а в окружности опухоли — тимпанит. При асците отчетливо определяется флюктуация и смещение зоны тупого тона в зависимости от перемены положения тела больной. При кистоме флюктуа-

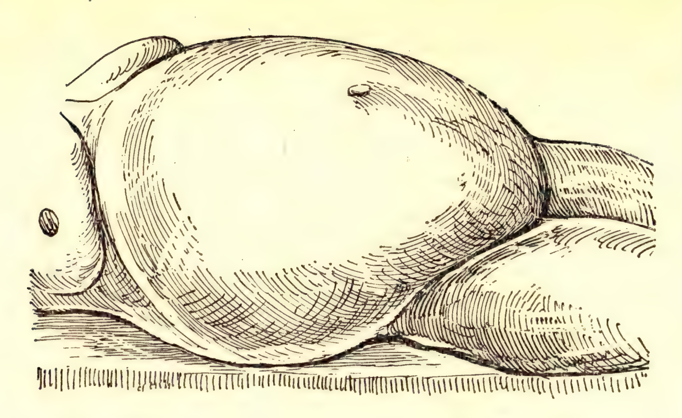


Рис. 155. Форма живота при асците.

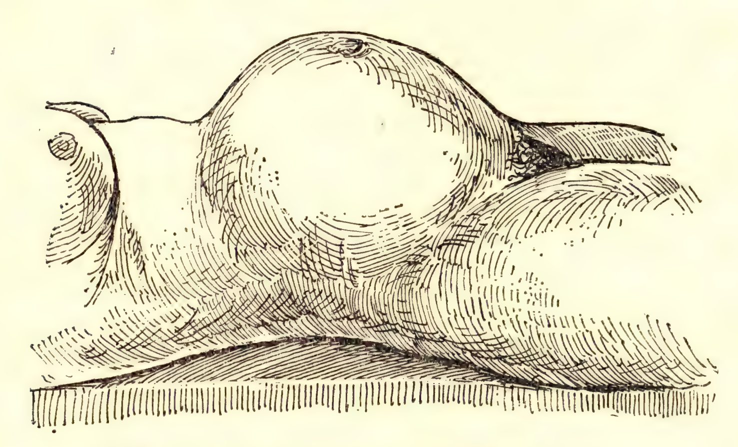


Рис. 156. Форма живота при кистоме яичника.

ция жидкости выражена неясно; смещения границ звука при перемене положения больной (если опухоль неподвижна) не наблюдается.

Профилактика. Рациональная профилактика доброкачественных опухолей яичников в настоящее время невозможна ввиду того, что этиология этих опухолей еще неизвестна и ранние симптомы часто отсутствуют. Существенными мероприятиями с целью раннего выделения таких опухолей являются санитарно-просветительная работа среди женщин и гинекологические осмотры всех женщин не реже 2 раз в год.

Прогноз. При неосложненных кистомах яичника прогноз вполне благоприятен при условии немедленного оперативного лечения и гистологического подтверждения доброкачественного характера удаленной опухоли. При осложненных кистомах, особенно в случае нагноения или малигнизации опухоли, предсказание весьма серьезно.

Больная, подвергавшаяся операции по поводу кистомы яичника, подлежит дальнейшему наблюдению не менее 5 лет (возможно развитие опухоли во втором яичнике).

Лечение. Только хирургическое. Операцию необходимо произвести немедленно после установления диагноза, независимо от размеров опухо-

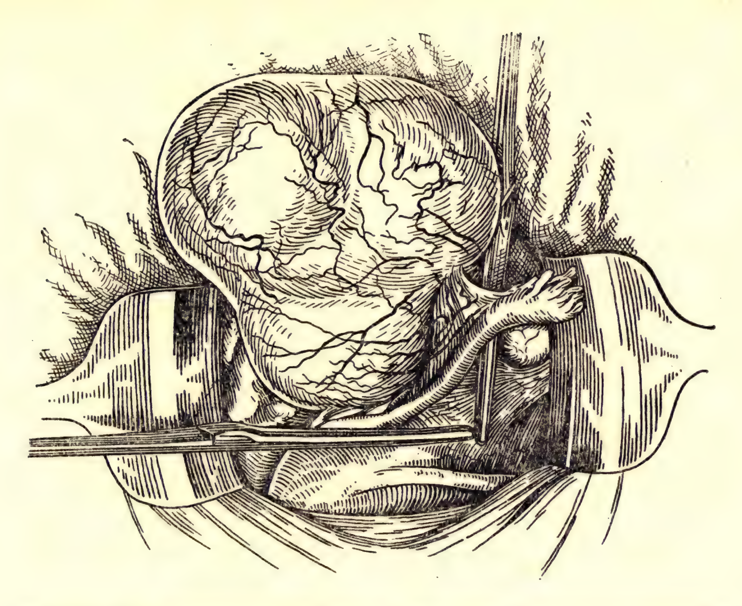


Рис. 157. На хирургическую ножку кистомы (подвешивающая и собственная связки яичника, мезоварий, маточная труба) наложено два зажима.

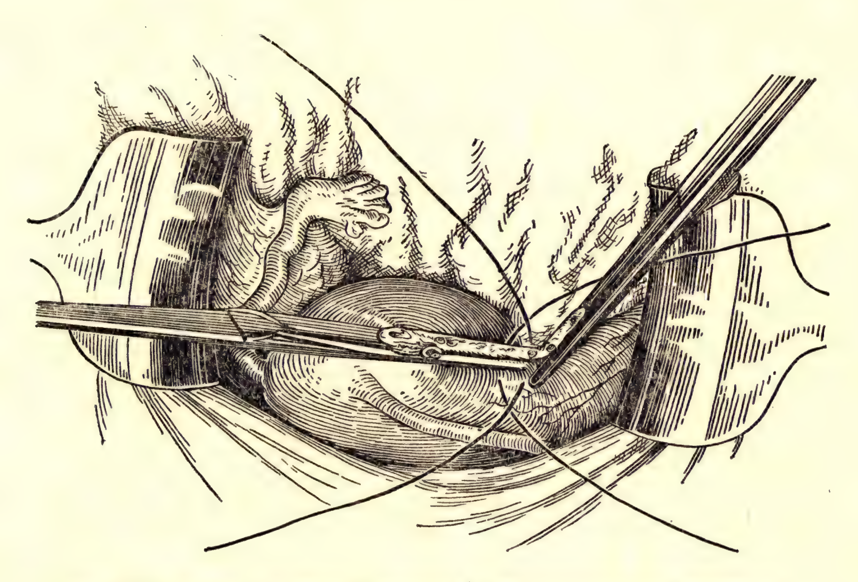


Рис. 158. Ножка кистомы рассечена, накладываются лигатуры.

ли. Такая установка связана с большим процентом (10—15) разнообразных осложнений (перекручивание ножки, сращения, инфицирование опухоли, прорыв ее содержимого в соседние органы), а также наклонностью этих опухолей, особенно цилиоэпителиальных кистом к малигнизации.

Овариотомия (как и все чревосечения в гинекологии) производится под наркозом или новокаиновой анестезией по способу А. В. Вишневского. После вскрытия брюшной полости кистому выводят в операционную рану и на ее ножку накладывают зажимы (рис. 157). Ножку опухоли рассекают и лигируют (рис. 158). Культю опухоли перитонизируют с помощью кисетного или узловых швов.

Ввиду невозможности определить характер новообразования до операции, а также угрозы диссеминации его элементов рекомендуется удалять опухоль, не нарушая целости ее путем предварительного опорожнения. До окончания операции нужно рассечь удаленную опухоль, чтобы исключить злокачественный ее характер. В тех случаях, когда можно произвести срочное гистологическое исследование опухоли, нужно это сделать во время операции. Необходимо также осмотреть второй яичник. При доброкачественном характере удаляемой кистомы его сохраняют. При операции по поводу цилиоэпителиальной кистомы у пожилой женщины целесообразно (с целью профилактики рака второго яичника) удалять и второй яичник. При распознавании ракового превращения опухоли (тщательный осмотр удаленной опухоли, срочное гистологическое исследование) показана экстирпация матки с придатками.

При сочетании нормальной беременности и кистомы яичника показана овариотомия; беременность, как правило, не нарушается.

При сращении опухоли с соседними органами или внутрисвязочном расположении ее овариотомия может оказаться весьма сложной.

Трудоспособность женщины после овариотомии, как правило, полностью восстанавливается. Длительность временной нетрудоспособности непосредственно после операции зависит от состояния здоровья женщины до операции, особенностей оперативного лечения и течения послеоперационного периода.

ОПУХОЛИ ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ИЗ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Фиброма яичника. Фиброма яичника составляет около 3% опухолей яичников. Эта опухоль большей частью односторонняя. Величина ее варьирует от микроскопической до крупной (20—25 см в диаметре). Форма опухоли большей частью овоидная или круглая, поверхность ее гладкая или бугристая.

Диагностика. Распознавание фибромы яичника основывается на данных гинекологического исследования, при котором обнаруживают плотную опухоль яичника и нередко асцит. Из симптомов фибром яичников заслуживает внимания частое возникновение асцита. Кроме него, изредка возникает экссудативный плеврит и отмечается общее похудание. Нарушения менструаций (аменорея, меноррагия) встречаются редко. Однако окончательный диагноз может быть установлен лишь при микроскопическом исследовании удаленной опухоли.

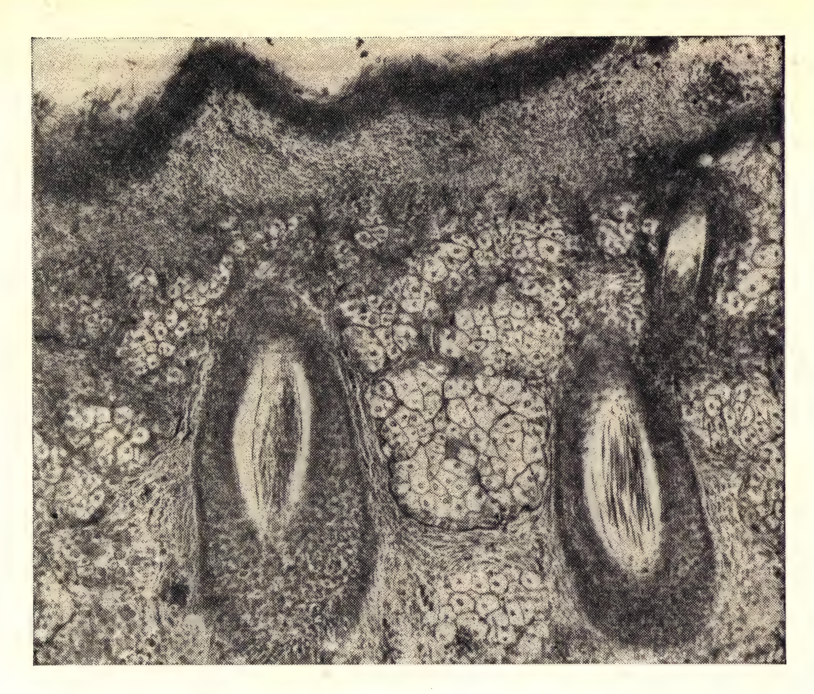


Рис. 159. Стенка дермоидной кисты.

Прогноз. Ввиду доброкачественного характера опухоли предсказание благоприятное. После удаления опухоли указанные выше симптомы исчезают и в тех случаях, когда, кроме асцита, имелись гидроторакс и кахексия.

Лечение. Оперативное удаление опухоли.

ТАРАТОИДНЫЕ (ГЕРМИНОГЕННЫЕ) ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

К тератоидным (герминогенным) опухолям яичника (и яичка) относят зрелые и дозревающие тератомы, рак и саркому из тератомы, тератобластому, хорионэпителиому (первичную) и дисгерминому.

Доброкачественная герминогенная опухоль. Зрелая тератома (teratoma adultum), или дермоидная киста (cystis dermoides).

Дермоидная киста встречается чаще всего в возрасте от 20 до 40 лет. Обычно она бывает одиночной; лишь в 15% случаев дермоид возникает в обоих яичниках. Рост этих кист очень медленный, в основном за счет отделяемого секрета. Размеры их колеблются от булавочной головки до 10—15 см в диаметре. Форма круглая или овальная, поверхность гладкая или бугристая, в одних местах эластическая, в других — плотная, до каменистости. При разрезе кисты изливается ее густое, похожее на сало содержимое; изредка оно имеет вид шариков (дермоид с шариками). Вместе с салом в кисте обнаруживают пучки волос. Внутренняя поверхность стенки кисты на значительном протяжении гладкая; в одном участке ее обычно определяется выступ — так называемый головной, или паренхиматозный, бугорок. В бугорке часто находят зубы (изредка до 300), кости, например

верхнюю челюсть, части органов (кишечной трубы), зачатки глаз, ушей, щитовидной железы.

Микроскопически (рис. 159) стенка дермоидной кисты состоит из плотной, местами гиалинизированной соединительной ткани. Внутренняя поверхность кисты лишена эпителиального покрова или выстлана цилиндрическим однослойным мерцательным или секреторным эпителием. Головной бугорок кисты покрыт кожей с волосами и сальными железами; под кожей находятся слой жировой ткани и плотная соединительная ткань с разнообразными включениями. Ни разу в бугорке не были обнаружены зачатки половых желез и половые клетки.

Дозревающие и незрелые тератомы. Такие тератомы характеризуются наличием элементов с более низкой степенью дифференциации, чем у зрелых. Они представляют переходную степень к тератобластомам (незрелым, эмбриональным тератомам). Клинически характеризуются большей (чем зрелые) частотой малигнизации.

Симптоматология и диагностика. Зрелые тератомы яичников в отношении симптоматологии и диагностики мало отличаются от кистом яичника. Предварительная диагностика облегчается при определении неравномерной консистенции опухоли (от эластической до костной) и рентгенографически (кости).

В процессе развития зрелых тератом наблюдаются те же осложнения (перекручивание ножки, инфицирование, нагноение), что и при кистомах; злокачественное превращение происходит в 1—2% случаев этих опухолей.

Прогноз. Как правило, благоприятный.

Лечение. Оперативное удаление опухоли.

ГОРМОНОПРОДУЦИРУЮЩИЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

К таким опухолям относят: а) гранулезоклеточные опухоли; б) текабластомы; в) аренобластомы.

Отличительной особенностью этих опухолей является выраженная гормональная деятельность; это позволяет объединять их с функциональной точки зрения под названием гормонопродуцирующих опухолей.

ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ (ФОЛЛИКУЛОМА)

Относительно происхождения этих опухолей существует несколько теорий. Наиболее обоснованной является теория о возникновении гранулезоклеточной опухоли из гранулезных клеток фолликула или из дифференцирующихся в направлении гранулезы остатков мозговых (половых) тяжей.

Название «фолликулома» основано на том, что среди массы опухолевых клеток находят образования, сходные с фолликулами различной зрелости. Подобные опухоли составляют от 1 до 4% всех первичных опухолей яичника; большей частью они бывают односторонними.

Опухоль покрыта снаружи капсулой неравномерной консистенции — то мягкой, то более плотной. На разрезе ткань опухоли имеет солидное или ячеистое строение (рис. 160); ячейки разной величины выполнены жидкостью грязно-бурого цвета. Таким образом, макроскопически можно различить три основные формы: солидную, мелкокистозную и крупнокистозную. При микроскопическом исследовании опухоли (рис. 161) опре-



Рис. 160. Гранулезоклеточная опухоль яичника.

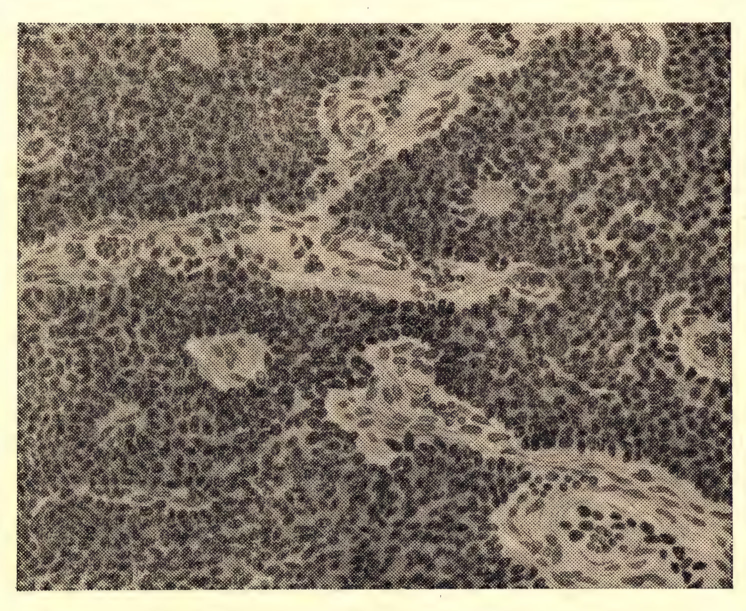


Рис. 161. Гранулезоклеточная опухоль яичника (гистологическое строение).

деляют скопление гранулезных клеток разнообразной величины и формы, круглых или овальных с хорошо выраженными ядром и протоплазмой; в толще стромы опухоли также встречаются эпителиальные образования в виде круглых или овальных гнезд, напоминающие фолликулы. Группы гранулезных клеток часто отделены от стромы, которая имеет то волокнистый, то гиалинизированный характер. Опухоль обильно снабжена кровеносными сосудами; стенки их состоят из одного ряда эндотелиальных клеток; клетки опухоли располагаются периваскулярно. При окраске суданом III в клетках опухоли обнаруживается большое количество жира.

Симптоматология. Гранулезоклеточные опухоли возникают чаще всего (свыше 50%) в климактерическом и старческом возрасте, хотя наблюдаются изредка и у девушек, не достигших половой зрелости. Основные клинические симптомы: длительные, обильные, беспорядочные кровотечения и увеличение молочных желез. Реже (у молодых женщин) наблюдается аменорея, а у девочек 10 лет и моложе — преждевременное половое созревание — развитие молочных желез, рост волос на лобке, увеличение клитора и половых губ, иногда кровотечения из матки. Перечисленные симптомы обусловлены резко повышенным выделением эстрогенных гормонов, которые обнаруживаются не только в моче, крови, но и в экстрактах из самой опухоли.

Диагностика. При гинекологическом исследовании определяют увеличенную матку. Сбоку от нее (чаще с одной стороны) обнаруживают опухоль плотной консистенции, по форме напоминающую яичник. Величина опухоли варьирует от небольших (с горошину) включений в яичник до размеров матки при 7—8-месячной беременности. При гистологическом исследовании слизистой оболочки матки наблюдают железистую гиперплазию с кистовидным расширением желез и расширенными кровеносными сосудами в слизистой оболочке матки. В мышечном слое матки обнаруживают гипертрофию мышечных элементов.

Гранулоклеточные опухоли могут быть доброкачественными и злокачественными. Результаты гистологического исследования не всегда дают достаточные основания для прогноза.

Прогноз. Ввиду возможности злокачественного характера опухоли прогноз следует ставить осторожно.

Лечение. Ампутация матки с придатками. У молодых женщин можно ограничиться удалением опухоли с последующим систематическим наблюдением. После удаления опухоли болезненные симптомы исчезают; если возникает рецидив — возобновляются и клинические симптомы опухоли.

Текабластома. Опухоль, развивающаяся из тека-ткани яичника. Опухоль является феминизирующей, с выраженным эстрогенным действием. Встречается редко, преимущественно у пожилых женщин. Клиника, диагностика и терапия те же, что и при гранулезоклеточной опухоли.

Арренобластома. Опухоль обычно маскулинизирующего действия, реже — феминизирующего или амбипотентного гормонального действия. Вопрос о гистогенезе опухоли очень сложен; возможно происхождение из мозговых тяжей с окружающей их специальной стромой. Арренобластома встречается в основном у женщин 20—35 лет. Наиболее часто подобная опухоль сопровождается симптомами дефиминизации (аменорея, бесплодие, атрофия молочных желез), сменяющихся затем явлениями вирилизации (оволосение по мужскому типу, снижение тембра голоса, гипертрофия клитора). Большей частью опухоль доброкачественна. Лечение хирургическое.

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

К предраковым заболеваниям яичников относятся в основном пролиферирующие кистаденомы и гормонопродуцирующие опухоли. При установлении диагноза любой опухоли яичника больная должна быть немедленно направлена в стационар для оперативного лечения (см. с. 278).

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

РАК ЯИЧНИКОВ

По частоте после рака шейки матки второе место занимает рак яичников (если не считать рака молочной железы). Рак яичников составляет до 25% всех случаев опухолей яичников. Наиболее часто рак яичников встречается после 40 лет. Метастатический рак яичника наблюдается у женщин до 40-летнего возраста (50% случаев этих форм).

Различают следующие формы рака яичников: 1) первичный рак; 2) цилиоэпителиальный рак, возникший в результате злокачественного превращения цилиоэпителиальной (наиболее часто) или псевдомуцинозной кистомы яичника; 3) метастатический рак.

Первичный рак яичников. Первичный рак характеризуется тем, что вся опухоль носит характер злокачественной, в ней нет смешения доброкачественных и злокачественных частей. Первичный рак яичника представляется большей частью в виде плотной, с бугристой поверхностью опухоли, на разрезе выполненной мозговидными массами.

Рак яичника из цилиоэпителиальной или псевдомуцинозной кистомы. Каждая пятая (а по данным некоторых авторов, каждая вторая) цилиоэпителиальная кистома превращается в рак. Злокачественное превращение псевдомуцинозных кистом наблюдается лишь в 4—5—7,8% случаев.

Рак из цилиоэпителиальной кистомы, так же как и первичный, представляется в виде плотной, местами с кистозными полостями опухоли (рис. 162), на стенках которой наряду с папилломатозными разрастаниями обнаруживают один (или несколько) более плотных и ломких бородавчатых выростов. При развитии этих выступов образуются массивные узлы, прорастающие стенку кистомы (рис. 163). В дальнейшем опухоль распространяется на соседние органы и прорастает в них. Иногда опухолевые массы образуют сплошной конгломерат, в котором трудно распознать, из какого органа первоначально исходит опухоль. Раковая опухоль имеет серый или серо-белый цвет; в отдельных участках ее нередко видны кровоизлияния и некроз ткани. Гистологическая картина папиллярного рака яичников показана на рис. 164 и 165.

Метастатические опухоли яичников являются клинически и патологоанатомически своеобразной формой, далеко не всегда своевременно и правильно распознаваемой. Данные о частоте этих опухолей крайне противоречивы.

Метастатические опухоли яичников бывают большей частью двусторонними. Величина опухоли достигает размеров головы взрослого человека и может даже превышать их; форма самая разнообразная; поверхность в большинстве случаев бугристая; консистенция, как правило, плотная, иногда хрящевая. Чаще всего в яичник метастазирует рак желудочно-кишечного тракта, молочной железы, легкого, однако не исключена возможность метастаза в яичник и опухолей других органов. Пути метастазиро-

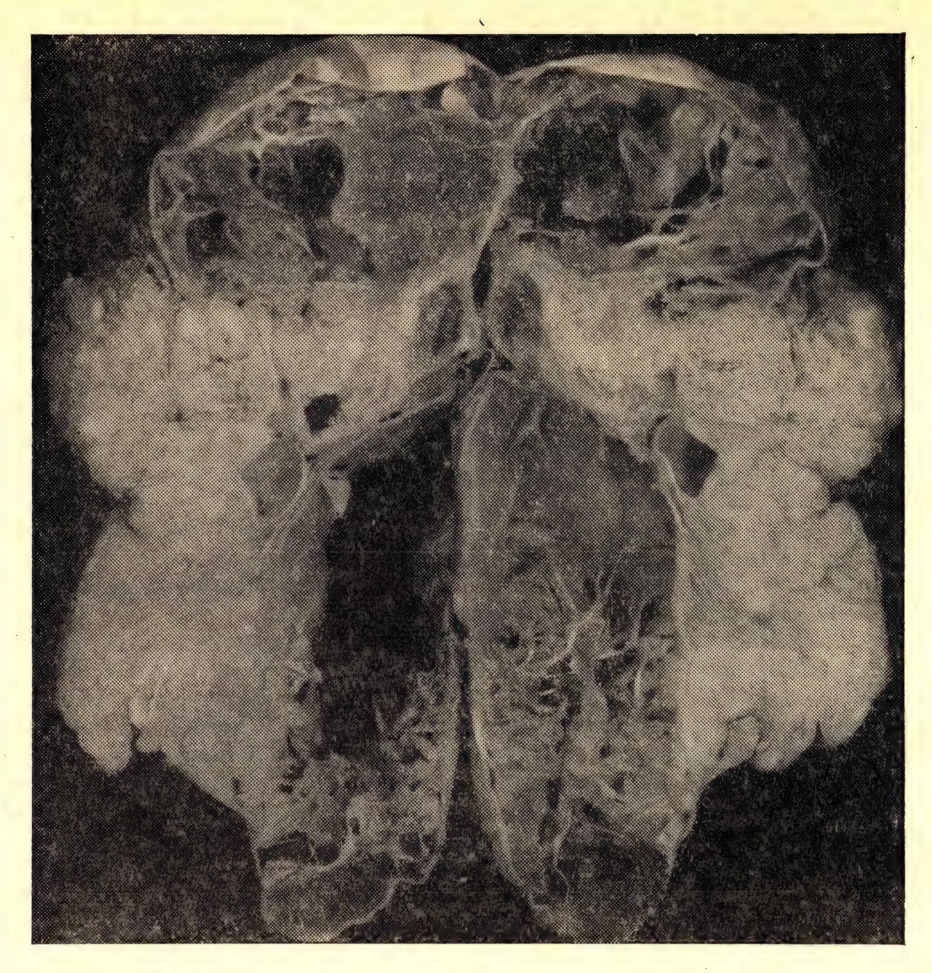


Рис. 162. Рак яичника из цилиоэпителиальной кистомы.

вания рака в яичник — гематогенный, ретроградно-лимфогенный и, значительно реже, имплантационный (например, при прорастании раком стенки желудка и диссеминации по брюшине). Микроскопическое строение метастатического рака яичников соответствует структуре первичной опухоли, из которой он произошел.

Гистологическое строение рака яичников крайне разнообразно, что связано с их гистогенезом из различных кистом и характером первичной опухоли, послужившей источником метастаза в яичник. Строма опухоли в одних случаях представлена лишь одними капиллярными сосудами, в других — пролиферирует так сильно, что приобретает опухолевый характер; это дает основание для диагноза веретеноклеточной или полиморфно-гигантоклеточной саркомы.

Метастаз рака желудочно-кишечного тракта в яичники обычно называют опухолью Крукенберга, хотя уже в 1893 г. было описано гистологическое строение этих опухолей, а затем доказано, что они имеют эпителиальную структуру и являются метастатическими (рис. 166).



Рис. 163. Папиллярный рак яичников.

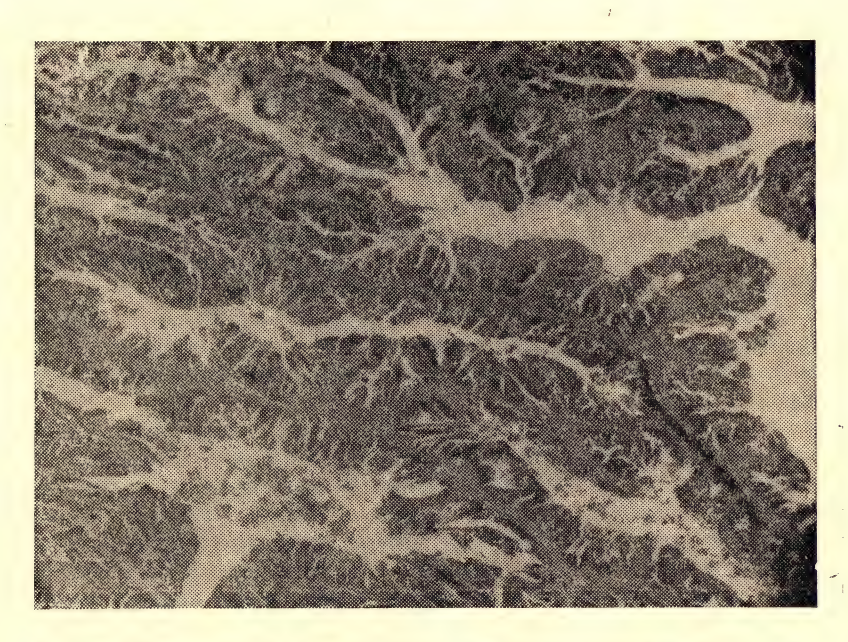


Рис. 164. Папиллярный рак яичников (гистологическое строение, малое увеличение).

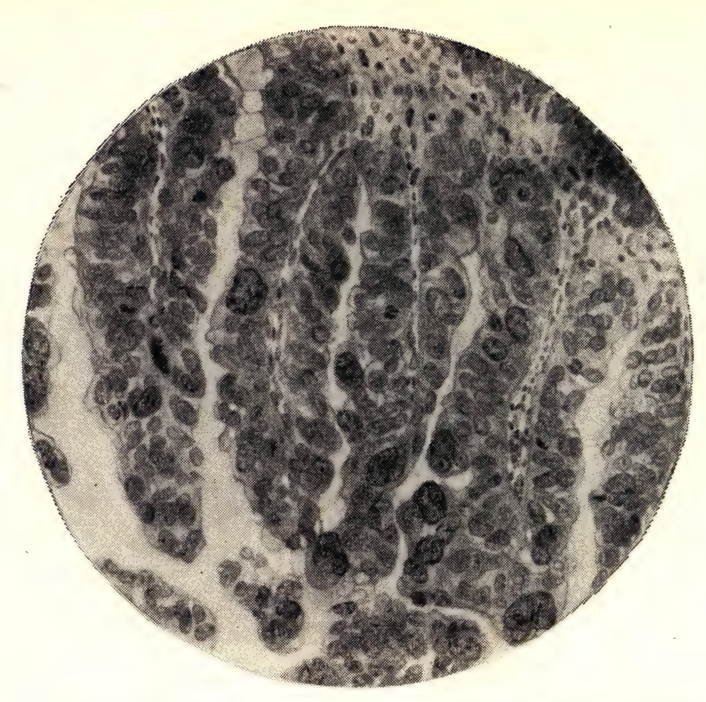


Рис. 165. Папиллярный рак яичников (гистологическое строение, большое увеличение).

С и м п т о м а т о л о г и я. В ранней стадии развития рака яичников патогномоничные симптомы отсутствуют; нет ни нарушений менструаций и детородной функции, ни изменений секреции. Однако часто больные отмечают чувство слабости, недомогание, неопределенного характера боли в животе. При прогрессировании рака яичников возникают нарушения общего состояния, свидетельствующие о тяжести заболевания: ухудшение питания, кахексия, быстрое увеличение окружности живота вследствие асцита, расширение вен в окружности пупка (caput medusae), одышка, резкое нарушение или потеря трудоспособности.

При общем обследовании больной в ранней стадии заболевания можно обнаружить повышение СОЭ до 30—40 мм в час, сдвиг формулы белой крови влево при нормальном числе лейкоцитов, лимфопению; иногда отмечается субфебрилитет.

Д и а г н о с т и к а. Диагноз рака яичников основывается на следующих данных гинекологического исследования; 1) наличии опухоли яичника (яичников) с бугристой поверхностью; 2) плотной ее консистенции; 3) болезненности при пальпации нижнего сегмента, 4) ограниченной подвижности опухоли; 5) обнаружении асцита, даже при небольшом размере опухоли. Кроме того, метастатический рак яичника обычно бывает двусторонним. Диагностическая пункция опухоли через задний свод влагалища допустима лишь в редких случаях, например при ожирении III—IV степени и невозможности четко пальпировать опухоль, произвести эхографию, гинекографию, флебографию. Цитологическое исследование асцитической жидкости (после ее центрифугирования) пунктата может способствовать правильной диагностике. Окончательный диагноз устанав-

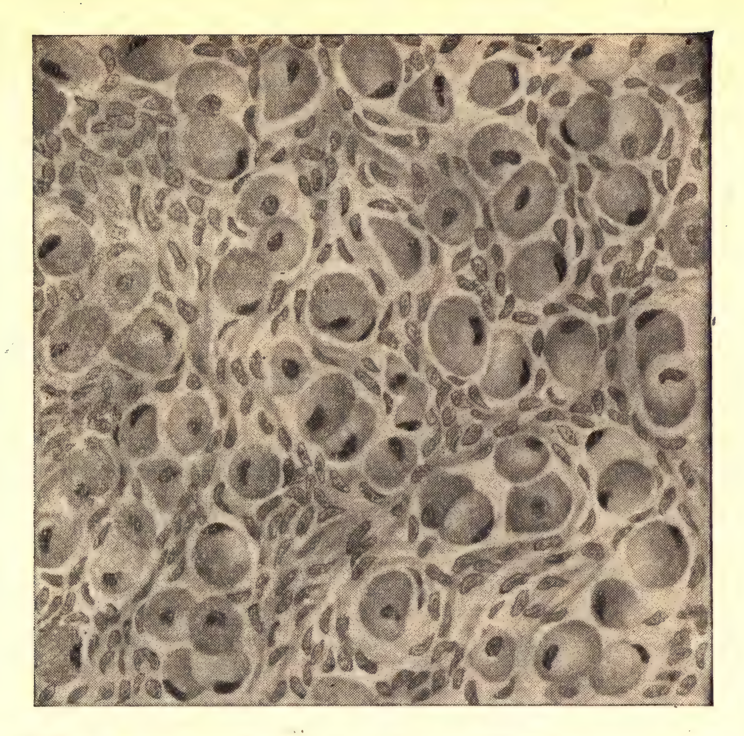


Рис. 166. Метастатический рак яичников (так называемый рак Крукенберга).

ливается после чревосечения, биопсии и микроскопического исследования

Различают четыре стадии рака яичников. Стадия I: опухоль в пределах одного яичника. Стадия II: опухоль поражает второй яичник, матку или обе трубы. Стадия III: опухоль распространяется на париетальную брюшину. Асцит. Метастазы в регионарные лимфатические узлы, сальник. Стадия IV: опухоль прорастает мочевой пузырь, петли кишок с диссеминацией по брюшине или с метастазами в отдаленные лимфатические узлы, внутренние органы. Асцит. Кахексия.

Как указывалось выше, в начальных стадиях развития рака яичников не возникает каких-либо специфических болезненных симптомов, кроме общего недомогания, болей в животе неопределенного характера. В связи с этим нередко (в 66—88% случаев) рак яичников диагностируется лишь при значительном его распространении.

Профилактика. Предупреждение рака яичников заключается в немедленном оперативном лечении при обнаружении опухоли яичников и гистологическом ее исследовании.

Профилактика метастатических опухолей яичников состоит в обязательном гинекологическом исследовании каждой женщины, у которой обнаружен рак желудочно-кишечного тракта, молочных желез или других органов.

Прогноз. Предсказание при раке яичников, особенно метастатическом, малоблагоприятно. По данным литературы, в первый год наблюдений умирает от 40 до 58% больных, на второй — от 20 до 35%. Процент стойкого излечения (5 лет и больше) весьма незначителен.

Лечение. Основной метод — экстирпация матки с придатками в сочетании с химиотерапией. Операцию надо производить и у молодых женщин, если установлено раковое поражение не только обоих, но и одного яичника. В отличие от рака матки при раке яичников чревосечение делается и в III стадии, а иногда даже в IV (пробное чревосечение).

Для предотвращения опасной ошибки и правильного выбора каждую удаленную опухоль яичника необходимо исследовать макро-и микроскопически. При возможности надо производить срочное (во время операции) гистологическое исследование удаленной опухоли яичников. Препараты приготовляют за 1—5 мин по методу поверхностной окраски толстых срезов или по Синельникову.

После оперативного удаления опухоли или пробного чревосечения показаны последующая глубокая рентгенотерапия и повторные дробные переливания крови.

У женщин детородного возраста целесообразно сочетать рентгенотерапию с назначением андрогенов (тестостерон-пропионат, метиландростендиол) и химиопрепаратов (ТиоТЭФ, циклофосфан, бензо-ТЭФ). Тестостеронпропионат назначают до 100 мг в сутки внутримышечно в течение $2^1/_2$—3 мес. На курс лечения 2,5—4 г. Метиландростендиол применяют по 50 мг в сутки (по 2 таблетки в день под язык, в таблетке 25 мг). ТиоТЭФ выпускают в таблетках по 10—15—20 мг, разводят в дистиллированной воде непосредственно перед употреблением. В брюшную полость во время операции вводят до 40 мг, а после нее — внутримышечно через день по 10—15—20 мг. Необходимы повторные контрольные исследования крови через 5—7 дней, так как ТиоТЭФ действует на кроветворение (лейкопоэз и тромбоцитопоэз). Курсовая доза препарата индивидуальна.

Циклофосфан вводится в брюшную полость в дозе до 600 мг, после операции внутримышечно назначают по 200—400 мг через день. Общая доза на курс лечения до 6 г. Бензо-ТЭФ применяется внутривенно по 24 мг растворенных в 20 мл физиологического раствора 3 раза в неделю. Общая доза на курс лечения 360—480 мг.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ГЕРМИНОГЕННАЯ ОПУХОЛЬ

ТЕРАТОБЛАСТОМА ЯИЧНИКОВ

Тератобластома яичников, или, как ее иначе называют, эмбриональная тератома (teratoblastome embryonale), отличается от зрелой тератомы наличием незрелых производных всех трех зародышевых листков: вещества головного мозга, зачатков глаз, хряща, кости, зачатков зубов, волос.

Обычно размеры подобных опухолей невелики. Течение весьма неблагоприятное, так как опухоль прорастает капсулу и имплантируется в брюшину, давая метастазы в поясничные и забрюшинные лимфатические узлы, а гематогенным путем — в легкие, печень, головной мозг.

Диагностика. Распознавание очень затруднительно. При быстром росте опухоли чаще всего диагностируют рак или саркому яичника.

Прогноз. Неблагоприятный.

Лечение. При своевременном установлении злокачественного характера опухоли показано расширенное удаление матки с придатками; и в дальнейшем глубокая рентгенотерапия.

ТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Больные, подвергшиеся лечению по поводу злокачественных опухолей, в течение года после операции являются обычно инвалидами II группы. В дальнейшем степень их трудоспособности определяется ВТЭК на основе учета общего состояния и наличия или отсутствия рецидива или метастазов опухоли. По истечении 5-летнего срока наблюдения при отсутствии рецидива опухоли или метастазов больных считают клинически излеченными, снимают с учета онкологического диспансера и они не пользуются льготами как ограниченно трудоспособные.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

Лечебно-профилактическая помощь каждой гинекологической больной (в том числе и онкологической) оказывается прежде всего в районной женской консультации. Большую роль в выявлении онкологических больных играют систематические профилактические медицинские осмотры женщин в возрасте 30 лет и старше, а также так называемые смотровые кабинеты поликлиник. Все женщины, у которых выявлен или заподозрен предопухолевый процесс или опухоль половых органов, направляются в высокоспециализированные гинекологические отделения или в онкологические отделения. Сеть онкологических учреждений нашей страны состоит из следующих звеньев: 1) онкологический кабинет поликлиники; 2) онкологический диспансер; 3) онкологический институт. Руководство этими учреждениями осуществляется отделом специализированной помощи Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР. Научным центром, объединяющим и координирующим научно-исследовательскую работу по онкологии в СССР, является Научный совет по проблеме рака при Академии медицинских наук СССР. Первичное звено в системе онкологических учреждений — онкологический кабинет поликлиники — организуется в крупных городских и сельских поликлиниках. Центральное звено среди онкологических учреждений — онкологический диспансер. Он является центром организационно-методической, лечебной и профилактической работы в области онкологии и организуется в каждом краевом, областном, республиканском (автономная республика) центре и городах республиканского подчинения. В городах областного и краевого подчинения и крупных районных центрах организуются районные онкологические диспансеры. Онкологический диспансер состоит из: 1) поликлиники с хирургическим, гинекологическим, терапевтическим и оториноларингологическим кабинетами, эндоскопической, перевязочной, операционной для производства биопсий; 2) стационара с лечебно-диагностическим отделением, обеспечивающим все виды современного радикального лечения (хирургическое, лучевое, комбинированное), отделения для хронических больных, нуждающихся в симптоматическом лечении со специальным уходом; 3) кабинетов: рентгенодиагностического, рентгено- и радиотерапевтического, клинико-диагностической и патогистологической лабораторий, прозектуры; 4) пансионата (общежития) для больных; 5) организационно-методического кабинета с кабинетом медицинской статистики и регистратурой с медицинским архивом.

Онкологический диспансер: 1) осуществляет организационно-методическое руководство, инструктаж и контроль за деятельностью учрежде-

ний, проводящих работу по онкологии; 2) изучает материалы о деятельности онкологических и других учреждений по обслуживанию онкологических больных; 3) проводит конкретные мероприятия по улучшению на местах онкологической помощи; 4) ведет научно-исследовательскую работу по онкологии под руководством соответствующего онкологического института.

Онкологические институты являются научно-методическими центрами, которые: а) проводят научную разработку вопросов онкологии; б) методически руководят онкологическими учреждениями; в) разрабатывают материалы по онкологической заболеваемости населения Советского Союза; г) предлагают и внедряют в практику новые формы профилактики и терапии опухолей.

Важное значение в системе борьбы против рака в Советском Союзе имеют систематические (не менее 2 раза в год) медицинские осмотры населения в возрасте старше 30 лет и строго разработанная система учета и диспансеризации больных с предраковым процессом и раком. В борьбе против рака большое значение имеет также своевременное направление больных на лечение и систематическая санитарно-просветительная работа среди населения.

ГЛАВА X
ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Повреждения женских половых органов могут быть разделены на несколько групп:

1. Повреждения наружных половых органов, промежности, влагалища.
2. Повреждения матки (шейки и тела ее).
3. Мочеполовые и кишечно-половые свищи.

Подобная классификация является весьма условной, так как размеры повреждений могут варьировать от поверхностных до глубоких, проникающих в брюшную полость и захватывающих несколько органов.

ПОВРЕЖДЕНИЯ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА

Такие повреждения могут возникнуть от ряда причин: родового акта, ушиба, удара, падения на острый или тупой предмет, ранения, грубого полового сношения. При ушибе или ударе тупым предметом образуется гематома наружных половых органов, промежности, влагалища, а при прижатии тканей к острому краю лонной кости — открытая рана.

Наибольшую опасность представляет ранение клитора и bulbus vestibulae, так как оно сопровождается массивным, иногда даже смертельным кровотечением.

Перелом костей таза часто осложняется повреждением (отрывом) влагалища, уретры, мочевого пузыря. При падении на острый предмет или ударе рогами животного может возникнуть повреждение не только промежности и влагалища (с перфорацией свода влагалища), но и прямой кишки и мочевого пузыря. При этом часто возникают явления травматического шока (резкая бледность, частый малый пульс; холодный пот, угнетение сознания, реже возбуждение), кровотечение, непроизвольное выделение мочи, газов и кала. Наряду с этим описаны случаи крайне тяжелых повреждений половых и соседних органов (кишечник, мочевой пузырь), сопровождавшиеся нерезкими болезненными симптомами.

Колотые, резаные и огнестрельные повреждения половых органов женщины встречаются нечасто. Они могут быть поверхностными и глубокими, проникающими в брюшную полость и забрюшинное пространство.

Повреждения при первом половом сношении возникают редко. Они могут быть крайне разнообразными: в одних случаях повреждаются лишь девственная плева и малые половые губы, в других — промежность,

влагалище, уретра, мочевой пузырь, прямая кишка и даже задний влагалищный свод (включая брюшину). При изнасиловании, особенно малолетних, повреждения могут быть крайне тяжелыми и захватывать не только влагалище, но и уретру, прямую кишку и проникать в брюшную полость.

Симптоматология. При перечисленных выше повреждениях отмечаются следующие симптомы: боль, кровотечение, в редких случаях (при разрыве мочевого пузыря, промежности III степени) недержание мочи, газов, кала, выпадение кишечника. При несвоевременном распознавании возможно инфицирование раны и развитие сепсиса, перитонита.

Гематома наружных половых органов и влагалища имеет вид быстрорастущего синевато-красного цвета опухолевидного образования. Такая гематома может распространяться вверх — до лона, кзади — до области промежности и заднего прохода, в глубину — на околовлагалищную клетчатку. Гематома влагалища чаще располагается в верхней или средней его трети, а затем распространяется на наружные половые органы и, реже, супрафасциально — в клетчатку широкой маточной связки. Развитие подобной гематомы вызывает у больной чувство напряжения, тенезмы, схваткообразные боли, иногда явления анемизации. Гематомы широкой связки могут распространяться забрюшинно, вплоть до области почек, редко ниже тазовой фасции, в околовлагалищную клетчатку.

Диагностика. Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, осмотра, влагалищного и прямокишечного исследования, осмотра с помощью зеркал; при подозрении на повреждение мочевого пузыря показана катетеризация и цистоскопия.

Прогноз. Предсказание зависит от характера повреждения, наличия или отсутствия повреждения соседних органов и инфекции.

Лечение. Прежде всего необходима борьба с травматическим шоком. При открытых свежих повреждениях показаны инъекция противостолбнячной сыворотки и наложение швов.

Как правило, гематомы лечат консервативно. Если возникает быстро прогрессирующая или инфицированная гематома, необходимо вскрыть ее с целью перевязки кровоточащего сосуда, гемостаза и дренирования.

При кровотечении из области клитора и bulbus vestibuli обкалывают кровоточащее место, а при неуспехе этого мероприятия делают тугую тампонаду и накладывают на 12—24 ч кровоостанавливающие зажимы и Т-образную повязку.

Если возникает подозрение на повреждение органов брюшной полости, необходимо срочное чревосечение. При повреждении кишечника накладывают швы на рану или произодят резекцию кишечника, при повреждении мочевого пузыря послойно накладывают швы на его стенку.

ПОВРЕЖДЕНИЯ МАТКИ (ШЕЙКИ И ТЕЛА) [1]

Повреждения матки могут быть разделены на две группы: а) повреждения шейки матки (разрывы шейки матки); б) повреждения тела матки (прободение).

Разрыв шейки матки в нижнем отрезке ее и выше, в области внутреннего маточного зева, с образованием хода в широкую связку чаще всего возникает при форсированном применении расширителей, реже при на-

[1] Подробнее этот вопрос изложен в учебниках акушерства.

ложении щипцов (в акушерской практике), извлечении плода за тазовый конец (если нет полного раскрытия зева).

Прободение тела матки может быть произведено зондом, расширителем, кюреткой, абортцангом, щипцами типа геморроидальных. Если операция выскабливания матки производится во время беременности, то прободение матки может быть произведено расширителем, кюреткой, корнцагом при попытке удалить части плодного яйца, еще не отделенные кюреткой от стенки матки.

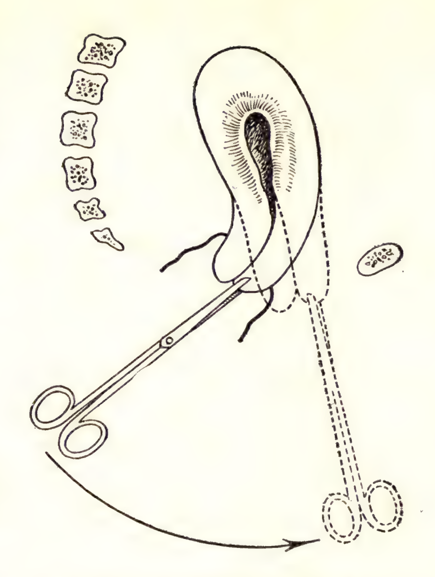


Рис. 167. Выпрямление матки при ее ретрофлексии (схема).

Прободение матки происходит вследствие нарушения основных правил производства операции выскабливания ее слизистой оболочки: а) незнания положения матки до начала операции; б) несоблюдения правила о необходимости выпрямления канала матки путем подтягивания влагалищной части шейки матки кзади (рис. 168) при антефлексии матки или кпереди (рис. 167) при ретрофлексии ее; в) форсированного введения инструментов в матку. Крайне редко прободение матки возникает при выскабливании вследствие значительных изменений ее стенки (например, при раке, хорионэпителиоме). Наиболее опасны прободения матки при внебольничном аборте (инфекция, повреждение соседних органов), который производится невежественным лицом, нередко в антисанитарной обстановке.

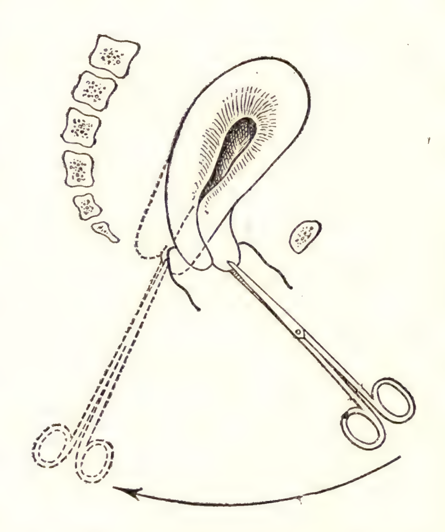


Рис. 168. Выпрямление матки при ее антефлексии (схема).

Симптоматология и диагностика. При разрыве шейки матки часто возникает кровотечение.

При повреждении шейки матки, проникающим в широкую связку матки, у больной появляются боли внизу живота (на соответствующей стороне), признаки малокровия. При двуручном исследовании (влагалищном и прямокишечном) иногда обнаруживают «опухолевидное» скопление эластической консистенции с расплывчатыми контурами, сливающееся с маткой; это гематома широкой связки матки. При зондировании инструмент уходит в сторону от матки и проникает глубже, чем в начале операции.

Диагноз устанавливается путем осмотра шейки матки с помощью зеркал и двуручного исследования.

При прободении матки (зондом, кюреткой) глубина, на которую проникает инструмент, значительно превосходит длину полости матки. Если

этот важный симптом не учитывают и продолжают выскабливание, то не исключена возможность захватывания стенки кишечника и мочевого пузыря, в результате чего происходит проникающее повреждение этих органов; захваченные органы могут быть извлечены через канал шейки матки во влагалище. При этом у больных возникают боли и шок.

Прогноз. Предсказание зависит от размеров повреждения матки и соседних органов и наличия или отсутствия инфекции, своевременности диагностики и хирургического вмешательства.

Профилактика. Предупреждение повреждений состоит в тщательном обследовании больной до вмешательства, строгом выполнении правил его техники (расширение шейки матки, выскабливание), осуществлении анестезии в момент операции.

Лечение. При обнаружении разрыва влагалищной части шейки матки показано наложение швов. При разрыве шейки матки, проникающем в широкую связку, лечение зависит от данных анамнеза и дальнейшего наблюдения за больной. Если больная не была инфицирована до выскабливания, возможно консервативное лечение — строгий постельный режим, применение антибиотиков. Если больная была инфицирована, например при раке тела матки, пиометре, при вмешательстве, произведенном вне лечебного учреждения, показано немедленное чревосечение. Оно показано также при прогрессирующем увеличении гематомы широкой маточной связки.

При прободении матки зондом или небольшим расширителем необходимо немедленно прекратить операцию, перенести больную в постель, назначить лед на живот и тщательно наблюдать за ней (если больная не инфицирована до операции!). Применение морфина противопоказано, так как он маскирует картину начинающегося перитонита. Если при дальнейшем наблюдении не обнаруживаются какие-либо тревожные признаки (учащение пульса, появление симптома Щеткина — Блюмберга, повышение температуры), консервативное лечение продолжают. Больная может быть выписана не ранее 10-го дня после прободения матки; при наличии остатков плодного яйца в матке предварительно производят ее выскабливание. Немедленное чревосечение при прободении матки показано в следующих случаях: а) при прободении матки зондом или расширителем при неполном аборте, начавшемся вне лечебного учреждения; б) при выскабливании инфицированной матки кюреткой, если остатки плодного яйца удалялись корнцагом или абортцангом; в) при извлечении через шейку матки петли кишечника или сальника.

ДЕФОРМАЦИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПОСЛЕ ЕЕ РАЗРЫВА

Деформация шейки матки возникает в результате предшествующего разрыва ее при родах, реже — во время операции.

Симптоматология. Больные жалуются на бели, боли (если возникает восходящая инфекция брюшины), иногда кровянистые выделения после полового сношения (при наличии эрозии); наблюдаются самопроизвольные поздние аборты вследствие истмико-цервикальной недостаточности или бесплодие.

Диагностика. Диагноз деформации шейки матки основывается на тщательном исследовании с обязательным применением влагалищных зеркал.

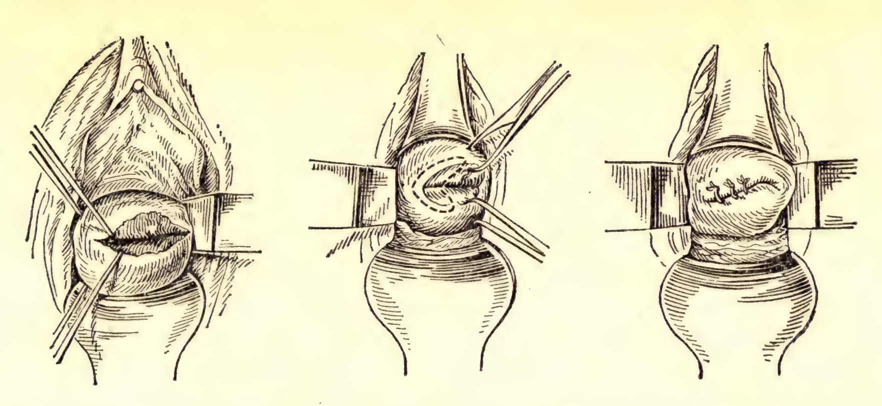


Рис. 169. Операция Эммета — восстановление деформированной (после разрыва) шейки матки.

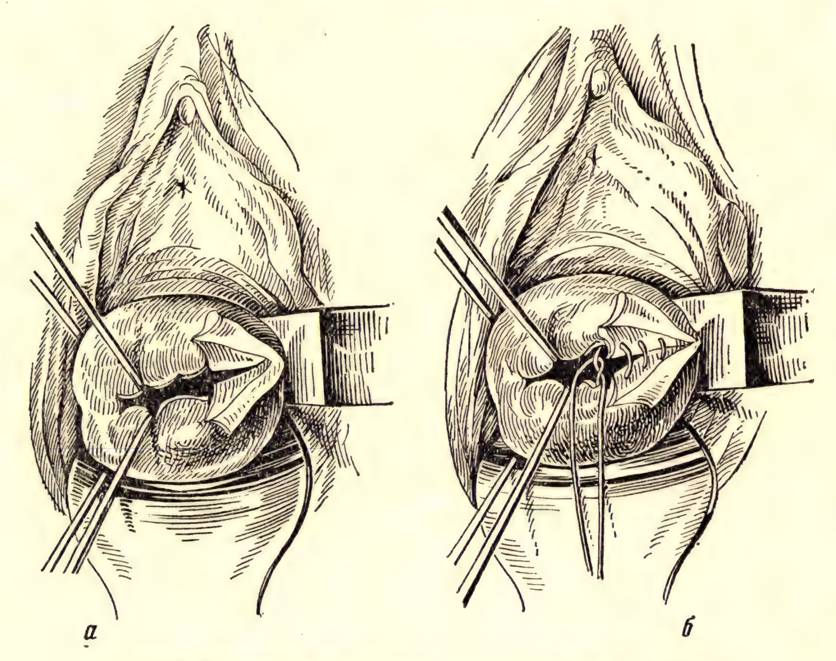


Рис. 170. Лоскутный метод восстановления шейки матки.
а — расщепление лоскута; *б* — наложение швов.

Лечение. При деформации шейки матки и вывороте слизистой оболочки канала вследствие бывшего разрыва показана пластическая операция с целью восстановления естественной формы влагалищной части шейки матки — так называемая операция Эммета с освежением краев разрыва (рис. 169) или по так называемому лоскутному методу (рис. 170). В редких случаях при значительной деформации шейки матки производят ампутацию шейки. При обнаружении стойкой псевдоэрозии показаны предварительно цитологическое исследование, кольпоскопия, прицельная биопсия для исключения рака.

МОЧЕПОЛОВЫЕ И КИШЕЧНО-ПОЛОВЫЕ СВИЩИ[1]

Свищи могут возникать в результате следующих причин: 1) патологические роды; 2) хирургические вмешательства; 3) злокачественные опухоли мочеполовых органов; 4) как осложнение лучевой (радиевой) терапии; 5) при инфекционных заболеваниях (например, туберкулез).

В условиях крайне недостаточной акушерской помощи в царской России процент мочеполовых фистул и в первую очередь акушерских был крайне высок. Так, по данным Казанской акушерско-гинекологической клиники (1900—1915), процент больных со свищами достигал 6,8. В настоящее время в связи с огромным ростом акушерско-гинекологической помощи в Советском Союзе процент мочеполовых и кишечно-половых фистул уменьшился в несколько сотен раз. Однако необходимо более подробно рассмотреть эти повреждения, так как они лишают женщину трудоспособности, очень неблагоприятно отражаются на ее психике и часто делают тягостным пребывание ее в обществе.

Акушерские фистулы, как правило, возникают вследствие длительных, неправильно проведенных родов. Хирургические вмешательства (наложение акушерских щипцов, эмбриотомия) обычно не являются непосредственной причиной возникновения свища; он образуется вследствие чрезмерной длительности родов и некроза мягких тканей, подвергавшихся ишемии в течение многих часов. Акушерские хирургические вмешательства у таких больных были произведены, как правило, с большим запозданием.

Редко свищ возникает вследствие неправильного определения показаний к операции (например, наложение щипцов при несоответствии размеров таза и головки) или нарушений техники операции (краниотомия без проведения контроля за продвижением перфоратора).

Сложные гинекологические операции при раке, интралигаментарной миоме, кистоме, пиосальпинксе могут сопровождаться ранением мочевых путей (мочевого пузыря, мочеточника) и кишечника. Если это осложнение не диагностируется во время операции, в послеоперационном периоде возникает свищ. Изредка подобные свищи возникают вследствие некроза мочевых путей, обусловленного травмированием органа во время операции, или резкого нарушения кровообращения после перевязки подвздошной артерии, изолирования мочеточника на значительном протяжении.

При злокачественных опухолях (чаще всего рак) свищи возникают вследствие распространения опухоли на влагалище, мочевой пузырь, прямую кишку и распада опухоли.

При значительном распространении процесса возникает не только мочеполовая, но и кишечно-половая фистула, и влагалищная трубка превращается в клоаку, в которую выделяются моча и каловые массы.

Лучевая терапия (радий) рака матки, влагалища изредка сопровождается таким тяжелым поздним (через несколько месяцев) осложнением, как мочеполовой и кишечно-половой свищи; подобное осложнение может быть обусловлено передозировкой или неправильной укладкой препарата.

Инфекционные заболевания (туберкулез, острая язва влагалища и ulcus vulvae acutum) крайне редко являются причиной возникновения мочеполовых и кишечно-половых свищей.

---

[1] Подробнее этот вопрос изложен в учебнике акушерства.

КЛАССИФИКАЦИЯ МОЧЕПОЛОВЫХ СВИЩЕЙ

Существует несколько классификаций мочеполовых свищей, основанных на топографо-анатомическом принципе. Наиболее обоснованна и проста классификация Д. Н. Атабекова, построенная на анатомо-физиологическом принципе. Согласно этой классификации, повреждения тазового отдела мочевых путей можно разделить на три группы:

1. Повреждения нижних отделов (мочеиспускательный канал, сфинктер мочевого пузыря).
2. Повреждения средних отделов (дно мочевого пузыря — треугольник мочевого пузыря).
3. Повреждения верхних отделов (место впадения мочеточника в мочевой пузырь и интрамуральная часть мочеточника).

В гинекологической практике чаще встречаются свищи между прямой и сигмовидной кишкой и влагалищем, реже — между тонким кишечником и влагалищем.

С и м п т о м а т о л о г и я. Наиболее характерный симптом мочеполовых свищей — непроизвольное истечение мочи, появившееся после родов, хирургического вмешательства или в процессе развития рака. При этом наблюдаются различные формы непроизвольного мочеиспускания: в виде полной утраты самопроизвольного мочеиспускания или сочетания самопроизвольного мочеиспускания с непроизвольным истечением мочи (небольшой влагалищно-пузырный свищ, мочеточниково-влагалищный свищ). Кроме того, у одних больных моча выделяется непроизвольно только в вертикальном положении тела, у других — в горизонтальном. Это зависит от локализации свища — в области дна мочевого пузыря или его треугольника в первом случае или на задней стенке, ближе к верхушке — во втором. Длительное существование свища влечет за собой ряд осложнений: появление цистита (реже пиелонефрита), кольпита и дерматита на передней и внутренней поверхностях бедер. Воспалительные явления прогрессируют вследствие постоянного истечения мочи и отложения солей. Менструальная функция нередко нарушается — появляется аменорея.

Психическое состояние больных резко нарушается: они угнетены вследствие нарушения функции мочеиспускания, воспалительных осложнений и исходящего от них резкого запаха разложившейся мочи. Все это затрудняет пребывание больных на работе и дома и в большинстве случаев лишает их трудоспособности.

Д и а г н о с т и к а. Диагноз мочеполового свища устанавливается путем оценки данных анамнеза, наружного осмотра и влагалищного исследования (при больших размерах свища), а также осмотра с помощью влагалищных зеркал. Однако в ряде случаев — при наличии рубцов влагалища, небольших размеров свища, а также при пузырно-шеечном свище необходимо ввести в уретру и мочевой пузырь катетер с последующим введением окрашенной (метиленовый синий) жидкости.

Специальное урологическое обследование (цистокопия, пиелография катетеризация мочеточника) имеет очень важное значение в дифференциальной диагностике между пузырно-влагалищным и мочеточниково-влагалищным свищом. Так, при пузырно-влагалищном свище моча поступает из обоих мочеточников (если нет сдавления мочеточников, заболевания почек), а при одностороннем мочеточниково-влагалищном свище регулярно вытекает лишь из одного отверстия мочеточника. Хромоцистоскопия позволяет установить точную локализацию свища, отношение его

к мочеточникам, изменения слизистой оболочки мочевого пузыря, наличие камней, а также дифференцировать мочеполовой свищ от свища пиосальпинкса, пиовариума, открывающегося в мочевой пузырь. Катетеризация мочеточников и пиелография позволяют не только определить проходимость или сужение мочеточников, но и установить место сужения или непроходимости их.

Прогноз. Предсказание при мочеполовых свищах крайне серьезно: оперативное вмешательство не всегда бывает успешным, иногда производится повторно.

Профилактика. Предупреждение наиболее частой формы мочеполовых свищей — акушерских — состоит в проведении родов в условиях родильного дома, в своевременном распознавании и госпитализации беременных с узким тазом, повышении квалификации медицинских кадров.

Профилактика осложнений при гинекологических операциях заключается в тщательном обследовании (в том числе и урологическом) больной до операции и строгом учете топографо-анатомических отношений.

При операции по поводу рака половых органов такое обследование обязательно. Профилактика фистул при раке матки состоит в ранней диагностике и тщательном сочетанном (оперативное и лучевое) лечении, а также в выборе соответствующей дозировки и методики лучевой (в первую очередь радием) терапии и своевременной оценке угрожающих симптомов передозировки (дерматит, колит, дизурические явления, изменения крови).

Лечение. Терапия больных с мочеполовыми свищами весьма сложна и требует врачебного опыта и тщательного обоснованного и индивидуального подхода. Важнейшее значение имеет правильное решение следующих вопросов: 1) этиология фистулы; 2) топография фистулы, состояние окружающих тканей (рубцы, стенозы); 3) методика предоперационной подготовки и выбор времени операции; 4) правильный выбор и техника операции; 5) ведение послеоперационного периода.

Если мочеполовой свищ возник в результате туберкулезного поражения мочевого пузыря, то прежде всего показано специфическое противотуберкулезное лечение. После окончания этого лечения возникает вопрос о целесообразности и форме хирургического вмешательства (если не наступило заживление свища).

При свище на почве некроза показано только симптоматологическое лечение. Такое же лечение проводится больным с мочеполовым свищом, возникшим как осложнение лучевой (радиевой) терапии.

При острой травме мочевых путей или кишечника во время акушерской и гинекологической операции необходимо немедленное восстановление повреждения. Если же повреждение мочеполовых путей обнаружено не во время операции, а в послеоперационном или послеродовом периоде, то восстановление свища целесообразно произвести спустя 5—6 нед после гинекологической операции и не раньше 3—4 мес (обычно 5—6) после родов. Это обусловливается прежде всего тем, что небольшие мочеполовые и кишечно-половые свищи могут заживать самопроизвольно.

Выше указывалось, что требуется тщательное общее и специальное урологическое и гинекологическое обследование больной, чтобы правильно распознать характер свища, отношение его к соседним органам (рубцы, стенозы) и, следовательно, правильно выбрать методы лечения.

Предоперационная подготовка состоит в диете (исключить острые блюда), обильном питье, тщательном уходе за больными (сидячие ванны, смазывание кожи цинковой пастой, спринцевания раствором перманганата

та калия), назначении сульфаниламидных препаратов (фурадонин по 0,1 г 4 раза в день в течение 7—8 дней). При наличии цистита мочевой пузырь систематически промывают физиологическим раствором хлорида натрия, раствором нитрата серебра (1 : 5000, 1 : 10 000). При щелочной реакции мочи назначают также кислые минеральные воды.

ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

При хирургических вмешательствах с целью зашивания пузырно-влагалищных свищей необходимо соблюдать следующие принципы: 1) расщепление краев свища с целью разделения стенок мочевого пузыря и влагалища; создание возможности изолированного наложения швов (без натяжений) на края фистулы мочевого пузыря и стенки влагалища; 2) бережное отношение к тканям, отказ от иссечения краев свища.

В соответствии с приведенной выше классификацией различают три основные формы хирургических вмешательств для устранения мочеполовых свищей.

1. При разрушении уретры применяют модифицированную Атабековым операцию Отта. Техника ее состоит в следующем: справа и слева от бывшего канала уретры делают продольные разрезы и соединяют их (вверху) дугообразным разрезом; края разреза отсепаровывают в сторону и сшивают в два этажа; при этом важно восстановить уретротригональный сфинктер. Зашивание производят на тонком эластическом катетере, введенном в мочевой пузырь. В качестве лигатурного материала употребляют тонкий шелк (рис. 171, 172).

2. При повреждении средних отделов мочевых путей (дно мочевого пузыря, треугольник его) производят рассечение и разделение тканей путем так называемого якорного (рис. 173) или крестообразного

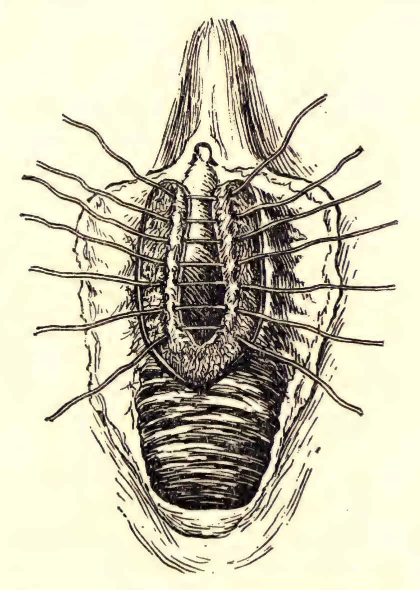


Рис. 171. Уретропластика по Отту. Освежение и наложение первого яруса швов.

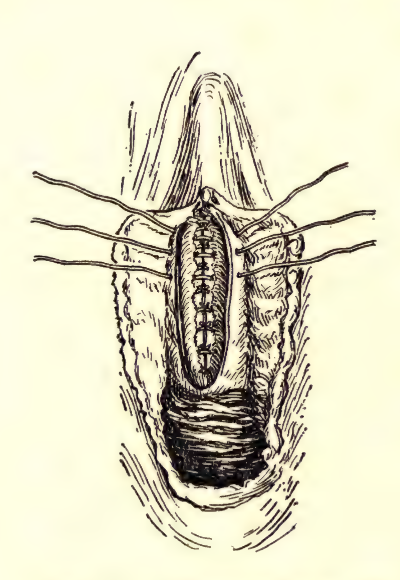


Рис. 172. Уретропластика по Отту. Погружные швы завязаны.

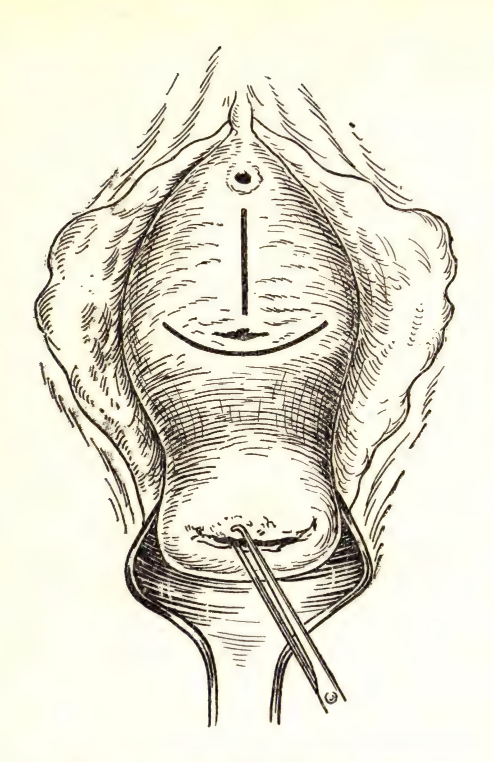


Рис. 173. Якорный разрез при восстановлении пузырно-влагалищной фистулы.

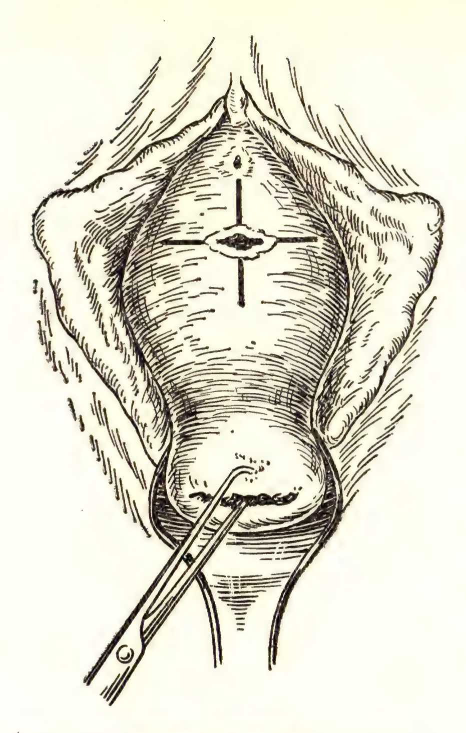


Рис. 174. Крестообразный разрез при восстановлении пузырно-влагалищной фистулы.

(рис. 174) разреза по Атабекову; последний разрез применяют при повреждении сфинктера мочевого пузыря. После расщепления тканей накладывают узловатые шелковые швы на стенку мочевого пузыря (рис. 175), а затем на стенку влагалища.

3. При повреждении мочевого пузыря в месте впадения мочеточника в мочевой пузырь или повреждении мочеточника вблизи мочевого пузыря может быть произведено вшивание мочеточника в мочевой пузырь (влагалищным или абдоминальным путем). При невозможности вшивания мочеточника в мочевой пузырь иссекают прямоугольный лоскут (на ножке) из стенки мочевого пузыря, создают из этого лоскута трубку и в нее вшивают дистальный конец поврежденного мочеточника (операция Боари). Техника подобных операций описана в специальных руководствах и монографиях (Д. Н. Атабеков, А. М. Мажбиц). Крайне редко при большом разрушении уретры и мочевого пузыря возникают показания к операции пересадки мочеточников в прямую кишку.

После создания искусственной уретры оставляют в ней на 4—5 сут постоянный эластический катетер. В дальнейшем больная мочится самопроизвольно. При других видах операций с целью ликвидации мочеполовых свищей постоянный катетер не применяют, так как он травмирует ткани и создает угрозу инфицирования. Мочевой пузырь опорожняют (если не было самопроизвольного мочеиспускания) путем катетеризации эластическим катетером 3 раза в сутки.

Кишечно-половые свищи (см. учебник акушерства) могут возникнуть вследствие разрыва промежности III степени и редко — как осложнение акушерских вмешательств (краниотомия, извлечение последующей головки), гинекологических операций или при распаде злокачественной опухоли матки, влагалища.

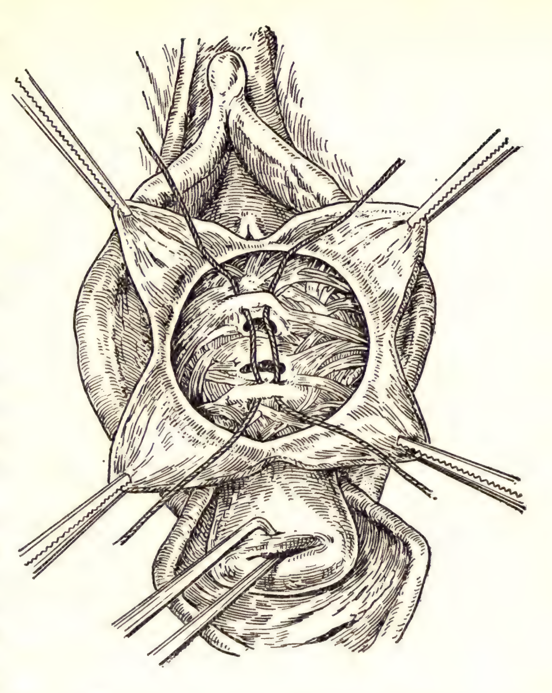


Рис. 175. Произведено разделение стенок влагалища и мочевого пузыря, наложение швов.

С и м п т о м а т о л о г и я. Выделение через влагалище газов и кала; иногда каловые массы выходят частично естественным путем, частично поступают во влагалище.

Д и а г н о с т и к а. Диагноз устанавливается на основании анамнестических данных, тщательного влагалищного и прямокишечного исследования и осмотра с помощью зеркал. В затруднительных случаях вводят в прямую кишку окрашенный раствор (например, молоко, разбавленное водой), производят рентгенологическое исследование кишечника после введения бария и проверяют выделение жидкости через влагалище.

П р о г н о з. Предсказание весьма серьезное, так как нередко операция не сразу бывает вполне эффективной (удержание кала и газов).

Л е ч е н и е. Методы операции аналогичны применяемым при пузырно-влагалищных фистулах: по возможности широкое расщепление краев свища и послойное зашивание стенок прямой кишки и влагалища.

ГЛАВА XI

АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Патологические процессы в организме женщины, особенно заболевания половых органов (воспаление, новообразования, травмы и др.), нередко нарушают нормальное положение внутренних половых органов.

По частоте и клиническому значению первое место в данном разделе патологии женских половых органов занимают смещения матки и влагалища. Неправильные положения придатков матки обычно возникают вторично в связи с изменением положения матки или в результате других заболеваний (воспаление, новообразования и пр.).

НОРМАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

М а т к а, а вместе с ней яичники и маточные трубы обладают физиологической подвижностью, но экскурсии матки ограничены определенными пределами. Физиологическая подвижность матки способствует нормальному течению беременности и родов, а также создает условия для правильной функции мочевого пузыря и кишечника. Ограничение подвижности матки или полная неподвижность ее — патологическое явление, возникающее в результате тяжелых заболеваний (запущенная форма рака, воспалительные процессы, атипичная миома и пр.). Чрезмерная подвижность матки, зависящая от понижения тонуса последней и ее связочного аппарата, относится также к патологическим явлениям.

Физиологическое смещение матки в связи с беременностью и наполнением соседних органов не является постоянным. После опорожнения мочевого пузыря и кишечника, а также после нормальных родов матка вновь принимает типичное для нее положение.

При двуручном исследовании матку можно сместить в известных пределах вверх, вниз, кпереди, кзади, вправо, влево, но она вновь возвращается в исходное положение. Следовательно, физиологический характер подвижности матки определяется тем, что после смещения она неизменно возвращается в исходное, типичное положение.

Положение половых органов меняется с возрастом. В детстве матка располагается выше, чем в период половой зрелости, и тело матки находится выше входа в малый таз. В старческом возрасте в связи с атрофией половых органов матка располагается глубже в тазу и нередко отклоняется кзади. Указанные варианты положения половых органов являются нормальными только для детского и старческого возраста.

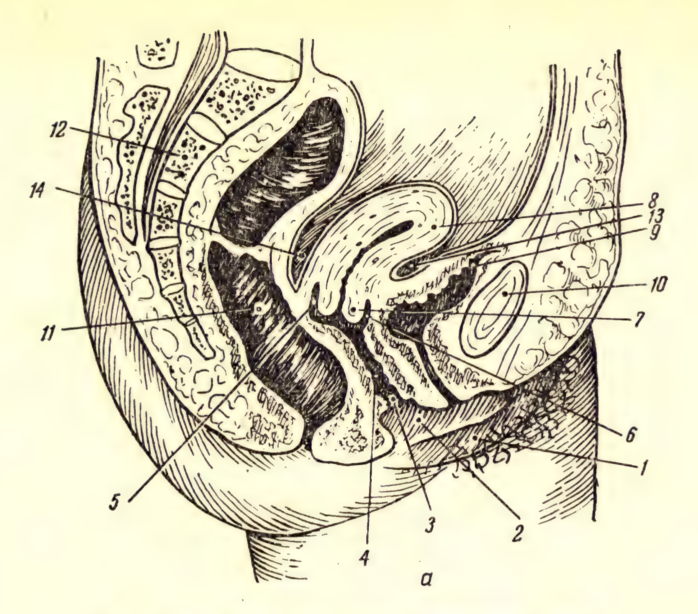


Рис. 175. Тазовые органы женщины (сагиттальный разрез).

1 — большая половая губа; 2 — малая половая губа; 3 — вход во влагалище; 4 — влагалище; 5 — задний свод влагалища; 6 — передний свод влагалища; 7 — шейка матки; 8 — тело матки; 9 — мочевой пузырь; 10 — симфиз; 11 — прямая кишка; 12 — крестец; 13 — пузырно-маточное пространство; 14 — прямокишечно-маточное (дугласово) пространство.

Типическим (нормальным) условно принято считать положение половых органов у здоровой половозрелой небеременной и некормящей женщины, находящейся в вертикальном положении, при отсутствии наполнения мочевого пузыря и прямой кишки.

Матка при этих условиях располагается в центре малого таза на одинаковом расстоянии от симфиза и крестца, от правой и левой стенок таза. Дно матки не выступает выше плоскости входа в малый таз; влагалищная часть шейки матки и наружный зев шеечного канала находятся приблизительно в одной плоскости, проходящей через spinae ischii.

Дно матки обращено кверху и кпереди, влагалищная часть шейки матки — книзу и кзади, наружное отверстие шеечного канала примыкает к стенке влагалища в области заднего свода. При указанном положении матки тело и шейка ее находятся в одной плоскости (anteversio) или, чаще, между указанными отделами матки существует тупой угол, открытый кпереди (anteflexio) (рис. 175).

Таким образом, типическим положением матки будет anteflexio (тупой угол), реже — anteversio; матка находится в центре малого таза, между терминальной (плоскость входа) и интерспинальной плоскостями.

Влагалище находится в полости малого таза и располагается косо, направляясь снизу и спереди, вверх и кзади. Передняя и задняя стенки влагалища соприкасаются, задний свод примыкает к матке на более высоком уровне, чем передний.

Маточные трубы отходят от верхне-боковых отделов матки. Располагаясь в верхних отделах широких связок, они идут почти горизонтально

в направлении боковых стенок таза; на уровне яичников они изгибаются книзу и кзади, вследствие чего их ампулярные концы приближаются к яичникам.

Яичники располагаются на задних листках широких связок и прилегают к брюшинному покрову задней стенки малого таза.

Мочевой пузырь своим основанием (trigonum vesicae urinarie) прилегает к передней стенке верхнего отдела влагалища, уретра соприкасается с передней стенкой влагалища в пределах его средней и нижней частей. При нормальном положении матки передняя поверхность ее вплотную соприкасается с мочевым пузырем.

Прямая кишка располагается сзади влагалища. Внизу между прямой кишкой и влагалищем находятся мышцы и фасции промежности, в средней части — рыхлая клетчатка (septum recto-vaginale). Верхняя часть задней поверхности влагалища покрыта брюшиной, выстилающей прямокишечно-маточное пространство.

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ СОХРАНЕНИЮ НОРМАЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

1. Собственный тонус половых органов, зависящий от правильного функционирования всех систем организма. В частности, тонус половых органов определяется уровнем половых гормонов, функциональным состоянием нервной системы и условиями кровообращения. Понижение тонуса в связи с заболеваниями, старческой атрофией или аномалиями развития нередко ведет к изменению положения половых органов.

2. Взаимоотношения между внутренними органами, согласованная деятельность диафрагмы, брюшной стенки и тазового дна. Содержимое полости живота (кишечник, сальник, паренхиматозные и половые органы) образует единый комплекс вследствие непосредственного прилегания поверхностей органов друг к другу. Образующееся при этом капиллярное сцепление способствует созданию условий для взаимной поддержки и уравновешивания органов полости живота. Сила капиллярного сцепления, а также газообразное содержимое кишечника способствуют уравновешиванию тяжести паренхиматозных внутренних органов и ограничивают давление их на гениталии.

Внутрибрюшинное давление регулируется, кроме того, содружественной функцией диафрагмы, передней брюшной стенки и тазового дна. Например, при вдохе содержимое брюшной полости вследствие опускания диафрагмы оттесняется вниз, но равновесие при этом сохраняется благодаря тому, что брюшная стенка отходит кнаружи. При выдохе блок внутренностей поднимается и поддерживается в этом положении до выдоха сокращением брюшной стенки. При подъеме тяжестей, кашле и т. д. в регуляции внутрибрюшинного давления участвуют мышцы тазового дна; они сокращаются, края леваторов сближаются, происходит замыкание половой щели.

3. Подвешивающий, закрепляющий и поддерживающий аппарат матки.

Подвешивающий аппарат. К подвешивающему аппарату относятся круглые, широкие и частично собственные связки яичников (рис. 176 и 177). Круглые связки притягивают дно матки кпереди и способствуют нормальному ее наклонению (кпереди).

Закрепляющий аппарат (retinaculum uteri). В рыхлой клетчатке таза существуют участки (зоны) уплотнения, образующие основу

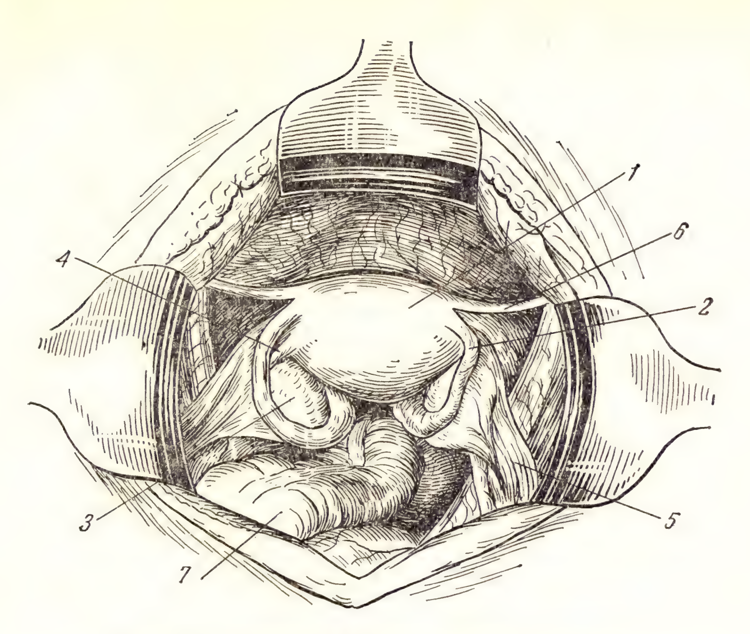


Рис. 176. Связочный аппарат половых органов.

1 — матка; *2* — маточная труба; *3* — яичник; *4* — собственная связка яичника; *5* — воронко-тазовая связка; *6* — круглая связка; *7* — прямая кишка.

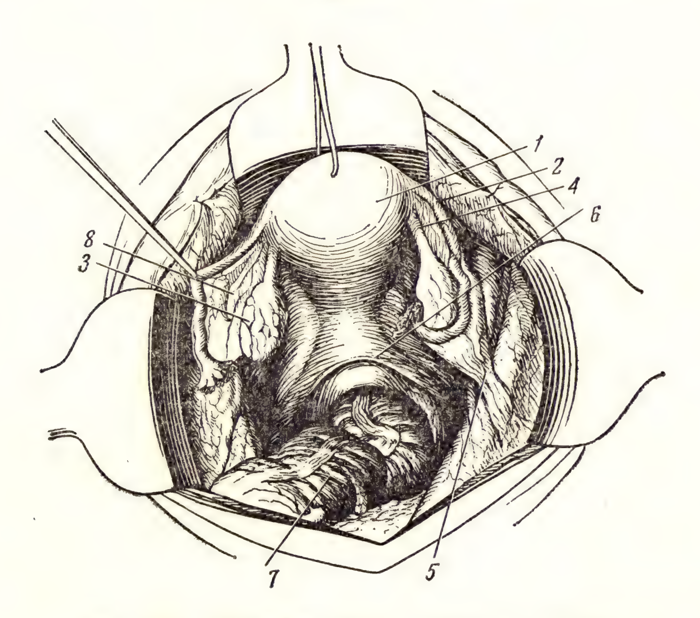


Рис. 177. Связочный аппарат половых органов.

1 — матка; *2* — маточная труба; *3* — яичник; *4* — собственная связка яичника; *5* — воронко-тазовая связка; *6* — крестцово-маточная связка; *7* — прямая кишка; *8* — широкая связка.

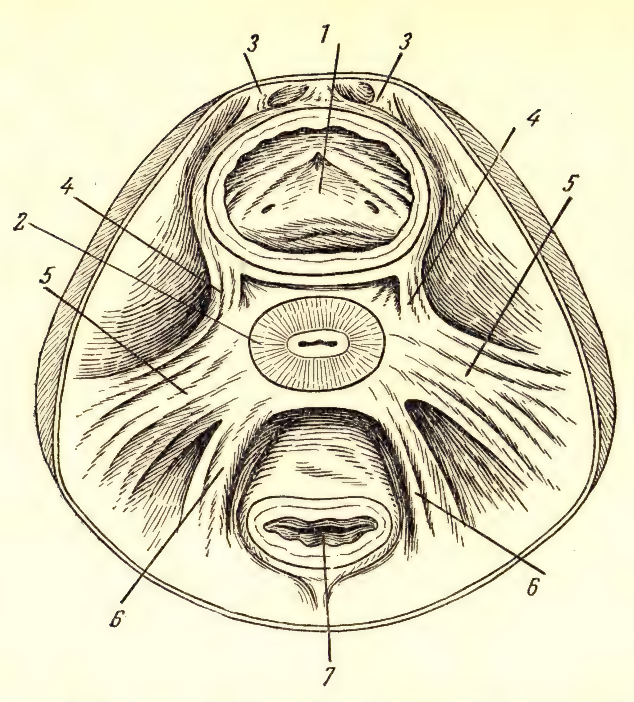


Рис. 178. Retinaculum uteri (закрепляющий аппарат).
1 — мочевой пузырь; 2 — шейка матки; 3 — пузырно-лобковые связки; 4 — маточно-пузырные связки; 5 — основные связки (lig. cardinalia); 6 — крестцово-маточные связки; 7 — прямая кишка.

закрепляющего связочного аппарата матки (рис. 178). Указанные связки содержат более или менее значительное количество гладких мышц, непосредственно связанных с мускулатурой нижнего отдела матки. Связки идут от нижнего отдела матки к задней, боковым и передним стенкам таза. В состав закрепляющего аппарата матки входят крестцово-маточные, основные, маточно-пузырные и пузырно-лобковые связки.

Поддерживающий аппарат. Влагалищная часть шейки матки прилегает к тазовому дну, отдаляясь от него только при переполнении прямой кишки. Мышцы тазового дна являются поддерживающим или опорным аппаратом половых органов. В поддерживающий аппарат входит три слоя мышц и фасций тазового дна.

I. Нижний (наружный) слой мышц тазового дна (рис. 179) состоит из следующих мышц.

1. Луковично-пещеристая мышца (m. bulbo-spongiosus) охватывает вход во влагалище, прикрепляется к сухожильному центру и клитору; при сокращении сжимает влагалищный вход.

2. Седалищно-пещеристая мышца (m. ischio-cavernosus) начинается от нижней ветви седалищной кости и прикрепляется к клитору.

3. Наружный жом заднего прохода (m. sphincter ani externus) — мышца, окружающая нижний отдел прямой кишки; глубокие пучки этой мышцы начинаются от верхушки копчика, обхватывают заднепроходное отверстие и оканчиваются в сухожильном центре промежности (m. centrum tendineum perinei).

4. Поверхностная поперечная мышца промежности (m. transversus perinei superficialis) начинается от сухожильного центра, идет вправо и влево, прикрепляется к седалищным буграм.

II. Средний слой мышц тазового дна — мочеполовая диафрагма (diaphragma urogenitale) — занимает переднюю половину выхода таза. Представляет собой треугольную мышечно-фасциальную пластинку, расположенную под симфизом, в лонной дуге. Через эту пластинку проходят мочеиспускательный канал и влагалище. В переднем отделе мочеполовой диафрагмы, между листками ее, находятся мышечные пучки, окружающие мочеиспускательный канал и наружный сфинктер его; в заднем отделе диафрагмы, между листками ее, заложены мышечные пучки, идущие в поперечном направлении,— глубокая поперечная мышца промежности (m. transversus perinei profundus).

III. Верхний (внутренний) слой мышц тазового дна называется диафрагмой таза (diaphragma pelvis). Состоит из парной мышцы, поднимающей задний проход (m. levator ani).

Обе широкие мышцы, поднимающие задний проход, образуют купол, верхушка которого обращена вниз и прикрепляется к нижнему отделу прямой кишки (немного выше заднепроходного отверстия). Широкое основание купола обращено вверх и прикрепляется к внутренней поверхности стенок таза (точнее к ligg. arcuatum seu arcus tendineus) [1].

В состав поддерживающего аппарата матки также входят влагалищные и фиброзные элементы, окружающие влагалищную трубку; пузырно-влагалищная перегородка (фасция влагалища), прямокишечно-влагалищная перегородка и плотная соединительная ткань, располагающаяся у боковых стенок влагалища.

Таким образом, нормальное положение половых органов обеспечивается совокупностью ряда факторов. К ним относятся: собственный тонус половых органов, взаимная поддержка внутренних органов и регулирование их давления содружественной деятельностью диафрагмы, брюшного пресса и тазового дна, подвешивающий, закрепляющий и поддерживающий аппарат половых органов.

При нарушении этих условий на почве заболеваний, повреждений, атрофических процессов и т. д. возникают аномалии положения половых органов.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНОМАЛИЙ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Приводимая ниже классификация аномалий положения половых органов основана на учете клинических форм смещения матки и не включает данных, относящихся к этиологии и патогенезу. Эта классификация, несмотря на ее существенные недостатки, приемлема в практическом отношении.

Аномалиями положения матки считаются ее отклонения, выходящие за пределы физиологических и имеющие стационарный характер, а также нарушения нормальных соотношений между отдельными ее частями (между шейкой и телом матки или между слоями матки).

---

[1] Эта дуга образуется при слиянии фасций двух мышц — внутренней запирательной (m. obturator internus) и мышцы, поднимающей задний проход.

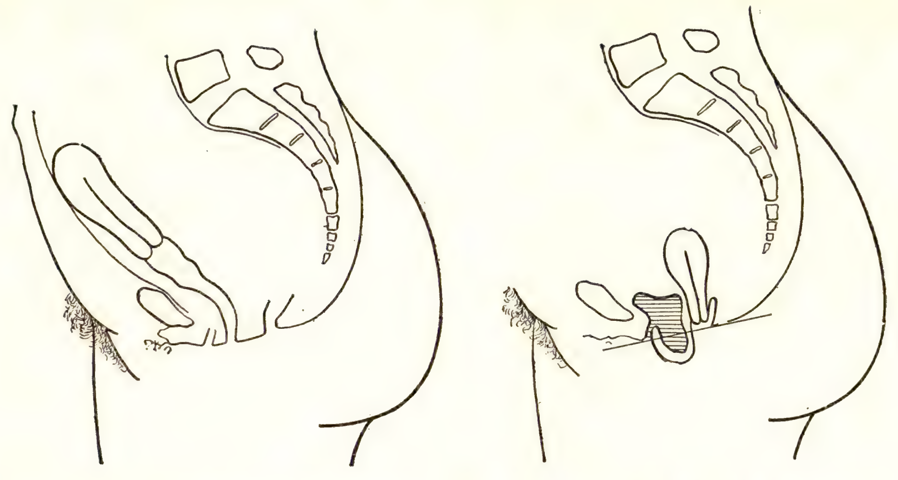


Рис. 180. Приподнятие матки, фиксация ее в брюшной стенке после кесарева сечения.

Рис. 181. Опущение матки и выпадение передней стенки влагалища (cystocele).

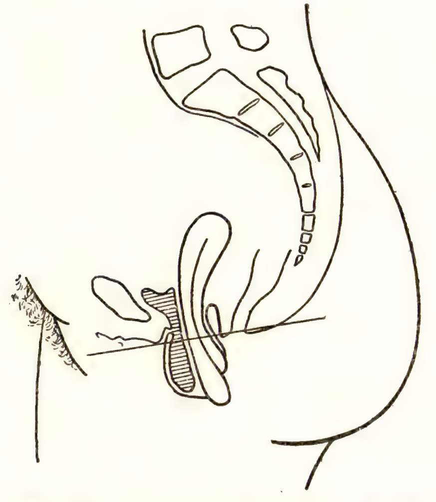


Рис. 182. Неполное выпадение матки и передней стенки; удлинение шейки.

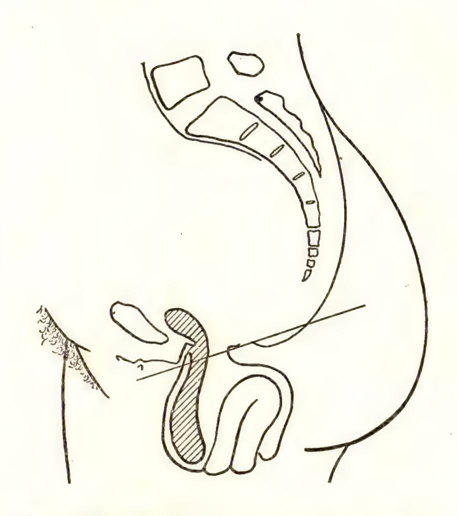


Рис. 183. Полное выпадение матки.

Смещения матки по вертикальной плоскости (вверх и вниз). П р и п о д н я т и е   м а т к и (elevatio uteri). Матка смещена вверх, дно ее располагается выше плоскости входа в малый таз, влагалищная часть шейки матки — выше спинальной плоскости, при влагалищном исследовании достигается с трудом или недостижима (рис. 180).

О п у щ е н и е   м а т к и (descensus uteri). Матка располагается ниже нормального уровня, влагалищная часть шейки матки (наружный зев) находится ниже спинальной плоскости, однако из половой щели не показывается даже при натуживании (рис. 181).

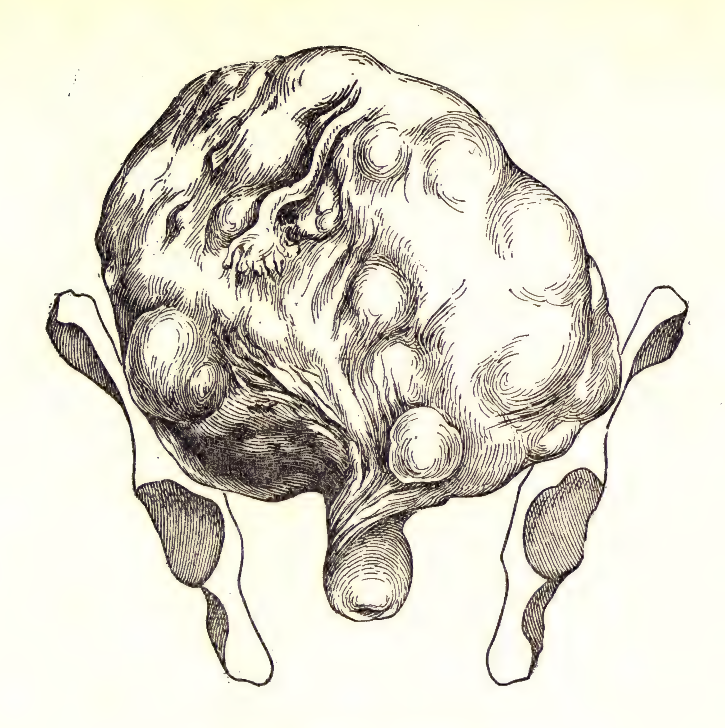


Рис. 184. Перекручивание матки.

Выпадение матки (prolapsus uteri). Матка смещена вниз, частично или полностью выходит за пределы половой щели. Различают неполное и полное выпадение матки.

Неполное выпадение матки (prolapsus uteri partialis seu incompletus). Из половой щели выходит только влагалищная часть шейки матки, тело матки располагается за пределами половой щели. При неполном выпадении отношения между размерами тела и шейки матки могут быть сохранены, но могут быть и нарушены вследствие удлинения шейки матки (elongatio colli uteri) (рис. 182).

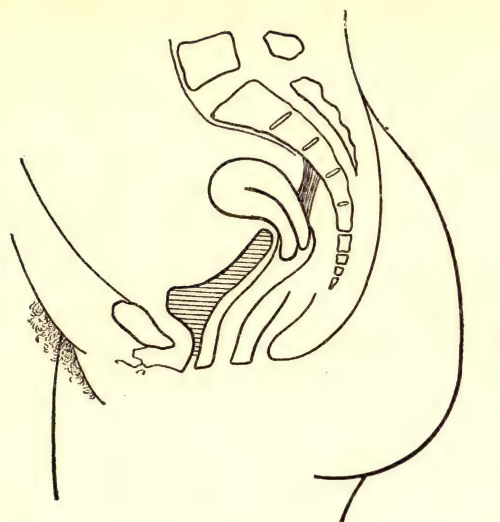
Полное выпадение матки (prolapsus uteri totalis seu completus). Выпадение матки считается полным в том случае, если шейка и тело матки располагаются ниже половой щели, что обычно сопровождается выворотом стенок влагалища. При полном выпадении матки удлинения шейки обычно не бывает, отношения между размером тела и шейки сохранены (рис. 183).

Выворот матки (inversio uteri). При вывороте матки серозная оболочка располагается внутри, слизистая оболочка — снаружи, тело матки находится ниже шейки (матка вывернулась, как палец перчатки), во влагалище.

Смещение матки вокруг продольной ее оси может быть в двух формах:

1. Поворот матки (rotario uteri). Вращение матки (тела и шейки) вокруг вертикальной оси, справа налево или наоборот.

2. Перекручивание матки (torsio uteri). Поворот тела матки по вертикальной оси в области нижнего сегмента при неподвижной шейке (рис. 184).



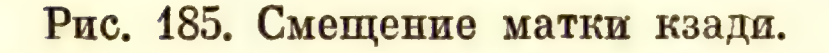


Рис. 185. Смещение матки кзади.

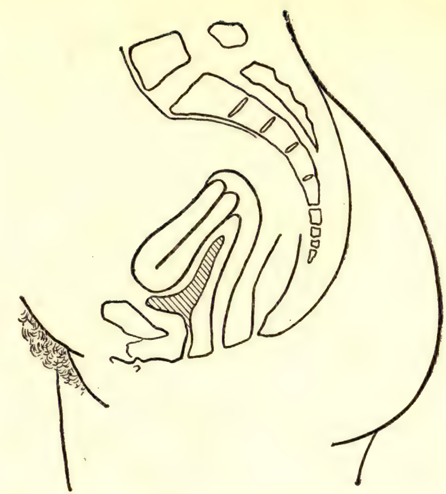


Рис. 186. Наклонение матки кпереди (патологическое).

Смещение матки по горизонтальной плоскости. Смещение всей матки (тела и шейки) по отношению к проводной оси таза (positio uteri) может быть в четырех формах: 1) antepositio — вся матка смещена кпереди; 2) retropositio — матка смещена кзади (рис. 185); 3) dextropositio — матка смещена вправо; 4) sinistropositio — матка смещена влево.

Наклонение матки (versio uteri). При этом положении тело матки смещается в одну сторону, а шейка матки — в противоположную, причем тело и шейка матки лежат в одной плоскости. При физиологической антеверзии тело матки отклонено кпереди и кверху, шейка матки — кзади и книзу и при вертикальном положении женщины тело матки располагается выше шейки матки.

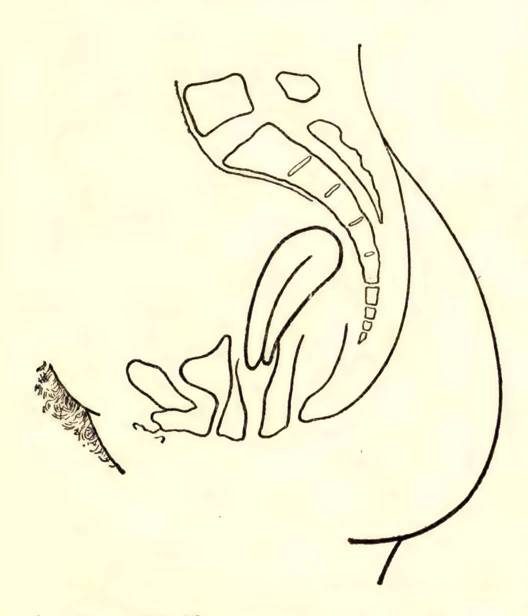


Рис. 187. Наклонение матки кзади.

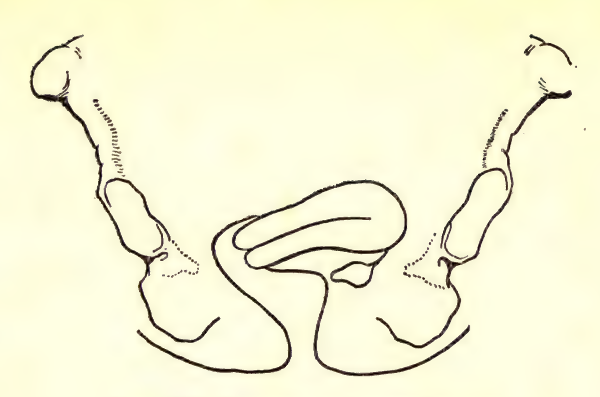
Неправильные наклонения матки:

а) anterversio будет патологическим, если оно остается постоянно, причем выражено настолько сильно, что тело матки направлено кпереди и книзу, а шейка — кзади и кверху (рис. 186);

б) retroversio — тело матки наклонено кзади, влагалищная часть — кпереди (рис. 187);

в) dextroversio (lateroversio dextra) — тело матки направлено вправо и вверх, шейка — влево и вниз;

г) sinistroversio (lateroversio sinistra) — тело матки направлено влево и вверх, шейка — вправо и вниз (рис. 188).


Рис. 188. Наклонение матки влево.

Перегиб матки (flexio uteri). Наличие угла в области перехода тела матки в шейку. В норме между телом и шейкой матки имеется тупой угол (70—90°), открытый кпереди, — физиологическая антефлексия. Тело матки обращено кпереди, шейка — кзади и книзу.

Перегиб при этом может быть патологическим:

а) anteflexio pathologica, hyperanteflexio — перегиб кпереди будет чрезмерно выражен, угол между телом и шейкой матки не тупой, а острый (остроугольная антефлексия), причем угол этот не выпрямляется, не выравнивается (рис. 189);

б) retroflexio — угол между телом и шейкой матки открыт кзади, влагалищная часть шейки матки обращена кпереди и книзу, тело матки — кзади (рис. 190), при резкой степени ретрофлексии — кзади и книзу;

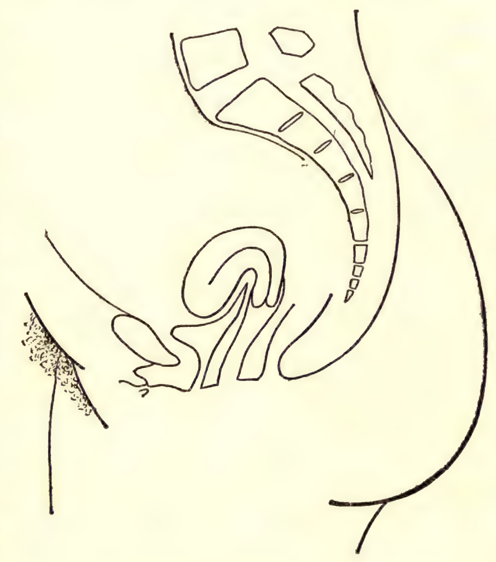
в) lateroflexio dextra — угол между телом и шейкой открыт вправо;

г) lateroflexio sinistra — угол между телом и шейкой матки открыт влево.

Представленная классификация является схематическим обозначением существующих аномалий положения матки. Клинические наблюдения показывают, что различные смещения матки нередко сочетаются. Например, опущение часто сочетается с ретроверзией; матка в состоянии ретрофлексии может быть одновременно смещена к лону, крестцу, вправо и влево и т. д.

Не все аномалии положения встречаются одинаково часто. Смещения матки книзу, ретрофлексия, патологическая антефлексия и позиции встречаются чаще, чем элевация, латерофлексия, ретроверзия и патологическая антеверзия. Поворот, перекручивание и выворот матки относятся к редким формам аномалий положения.

Смещения матки зависят от патологических процессов, совершающихся за ее пределами. Аномалии положения нередко возникают в связи с воспалительными процессами и новообразованиями, локализующимися в разных отделах половых органов, а также на


Рис. 189. Патологический перегиб матки кпереди (остроугольная антефлексия).

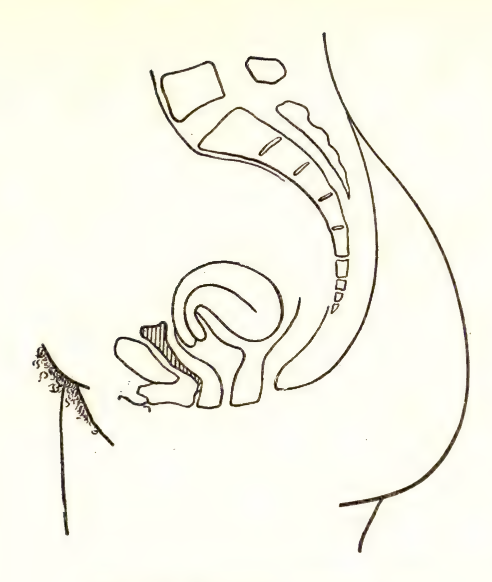


Рис. 190. Перегиб матки кзади.

почве общих нарушений и экстрагенитальных заболеваний. Так, воспалительный выпот, скопление крови и опухоли, располагающиеся сзади матки, способствуют смещению всей матки кпереди (antepositio) (рис. 191). При локализации патологических процессов спереди от матки возникает смещение ее кзади (retropositio) (рис. 192). При воспалительных выпотах в параметральной клетчатке, опухолях придатков и других односторонних патологических процессах матка смещается в противоположную сторону — вправо или влево — от патологического процесса (рис. 193). В конечных стадиях воспалительных заболеваний матка в целом может сместиться в ту сторону, где наиболее выражен рубцово-спаечный процесс.

Воспалительные процессы и опухоли, воздействующие на тело матки, способствуют возникновению патологического ее наклонения. Например, lateroversio uteri может наступить при односторонней опухоли яичника или сальпингоофорите потому, что при этом верхний отдел тела матки смещается к боковой стенке таза, а шейка матки — в противоположную сторону. В конечных стадиях воспаления придатков и брюшинного покрова труб в результате рубцевания и сморщивания тело матки наклоняется в сторону патологического процесса, а влагалищная часть шейки матки — в противоположную сторону (тело — вправо, шейка матки — влево и наоборот). Аналогичный эффект получается при образовании рубцов после операции на придатках матки.

Опухоли яичника и матки могут вызвать поворот матки (rotatio) и даже ее перекручивание (torsio). Происхождение этих редких аномалий обычно бывает связано с односторонним ростом субсерозной миомы или с интралигаментарным расположением опухоли яичника.

Указанные выше заболевания половых органов (воспалительные процессы, опухоли и др.) при соответствующем их расположении могут вызвать патологические перегибы матки. Однако в возникновении этих аномалий положения большую роль играют общие нарушения, происшедшие в организме.

Таким образом, неправильные положения матки (позиции, наклонения, перегибы, повороты и др.) обычно являются следствием патологических процессов, локализующихся за ее пределами. Наблюдающиеся при них расстройства зависят обычно не от смещения матки, а от основного заболевания, вызвавшего данную аномалию положения. Поэтому многие смещения матки самостоятельного клинического значения не имеют.

Наиболее важное клиническое значение имеют смещения матки вниз (опущение и выпадение), ретродевиация (смещение кзади, главным образом ретрофлексия) и патологическая антефлексия.

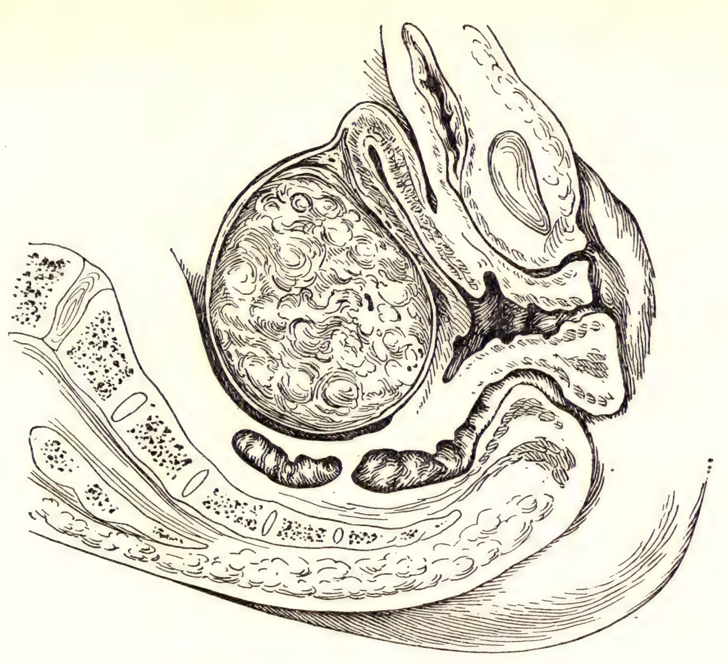


Рис. 191. Смещение матки кпереди миоматозным узлом.



Рис. 192. Смещение матки кзади вследствие образования спаек после пельвеоперитонита.

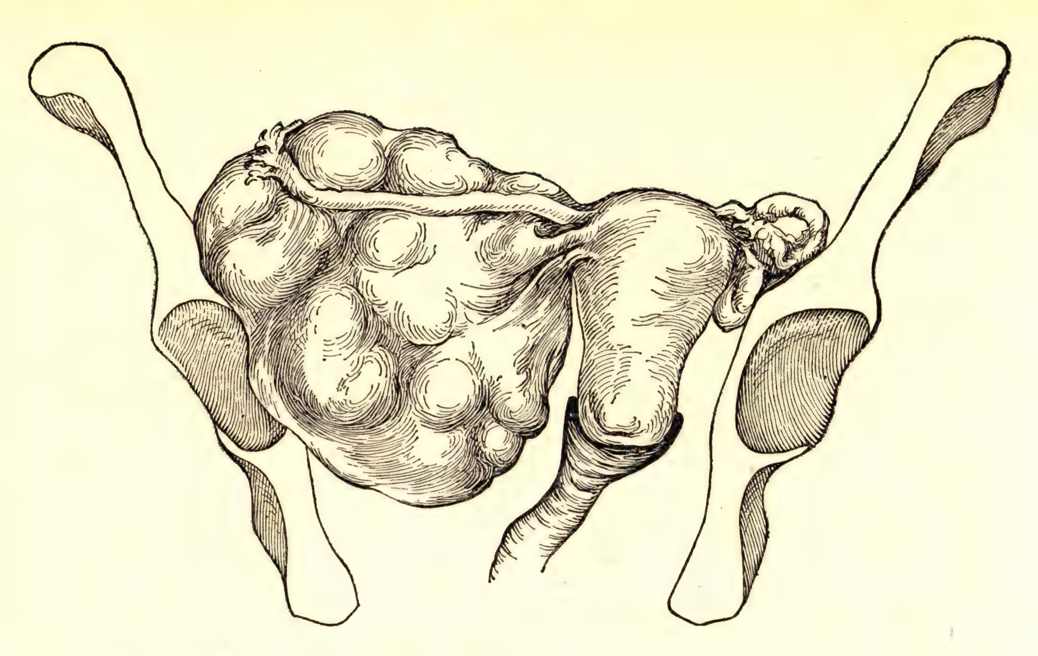


Рис. 193. Смещение матки влево в связи с развитием опухоли яичника.

Из аномалий положения женских половых органов наиболее важное значение в отношении частоты и клинической значимости имеют опущения и выпадения стенок влагалища, нередко сопровождающиеся смещением матки вниз; в происхождении этих аномалий много общего.

РЕТРОФЛЕКСИЯ И РЕТРОВЕРЗИЯ МАТКИ (RETMOFLEXIO ET RETROVERSIO UTERI)

Ретроверзия наблюдается при яичниковых опухолях, надавливающих на переднюю поверхность матки (верхнее плечо рычага); при этом тело матки наклоняется кзади, а влагалищная часть шейки — кпереди. Ретроверзия может возникнуть в том случае, если верхний отдел тела матки соединен периметрическими спайками с серозной оболочкой прямой кишки. При инфантилизме или гипоплазии половых органов иногда наблюдается подвижная ретроверзия матки, связанная со слабостью крестцово-маточных связок и короткостью переднего свода влагалища; при коротком переднем своде шейка матки оттягивается кпереди, а тело матки наклоняется кзади. Как самостоятельная аномалия положения матки ретроверзия наблюдается редко. Обычно эта аномалия связана с ретрофлексией. Ретроверзия обычно предшествует ретрофлексии, переход матки из нормального положения в ретрофлексию происходит через стадию ретроверзии.

Ретрофлексия характеризуется тем, что угол между телом и шейкой матки открыт кзади, тело матки отклонено сзади, шейка матки направлена кпереди. В противоположность нормальному положению тело матки находится в задней половине таза, шейка — в передней. Мочевой

пузырь не прикрыт маткой, кишечные петли располагаются в excavatio vesicouterina и надавливают на переднюю поверхность матки и заднюю стенку мочевого пузыря. Мочевой пузырь слегка оттесняется книзу вместе с передней стенкой влагалища. Последнее обстоятельство способствует опущению половых органов, особенно при расслаблении связочного аппарата матки, тазового дна и передней брюшной стенки.

При ретрофлексии придатки матки нередко опускаются вниз, располагаясь около матки или позади нее. При резкой степени перегиба матки может возникнуть венозный застой вследствие одновременного перегиба сосудов, особенно тонкостенных вен матки. Однако венозного застоя может и не быть.

Степень перегиба матки кзади бывает различной. При резко выраженной ретрофлексии угол между телом и шейкой матки будет не тупым, а острым, тело матки располагается в прямокишечно-маточном кармане, дно матки может лежать ниже уровня влагалищной части шейки.

Ретрофлектированная матка может быть подвижной (retroflexio uteri mobilis) или неподвижно прикрепленной спайками к соседним органам, обычно к брюшине прямой кишки (retroflexio uteri fixata).

Этиология. К перегибу и наклонению матки кзади ведут разнообразные причины, нарушающие тонус матки, вызывающие расслабление ее подвешивающего, закрепляющего и поддерживающего аппарата, а также воспалительные заболевания, сопровождающиеся образованием спаек и рубцов.

1. Понижение тонуса матки и ее связок при инфантилизме и гипоплазии половых органов, способствующее возникновению ретрофлексии. При расслаблении крестцово-маточных и круглых связок шейка матки отходит кпереди, а тело — кзади. Понижению тонуса матки и связочного аппарата содействуют недостаточность функции яичников и другие общие нарушения, наблюдающиеся при задержке развития организма.

2. Ослабление тонуса и устойчивости тканей в связи с конституциональными особенностями (астеническая конституция), родовой травмой и неправильной инволюцией половых органов, ослаблением организма (заболевания, старение).

Ретрофлексии матки способствует астения, характеризующаяся недостаточным тонусом мускулатуры и соединительной ткани. У женщин астенической конституции наблюдается пониженный тонус матки, ее связочного аппарата и тазового дна. При этих условиях возникает чрезмерная подвижность матки. Матка, выпрямленная и смещенная кзади при переполненном мочевом пузыре, медленно возвращается в исходное положение, кишечник проникает между мочевым пузырем и маткой и начинает надавливать на переднюю ее поверхность. Вначале образуется наклонение, а потом перегиб матки кзади, которому способствует также слабость брюшной стенки. При расслаблении тонуса мышц живота изменяются условия, уравновешивающие тяжесть внутренних органов (согласованная функция брюшной стенки, тазового дна и диафрагмы), и возрастает влияние на половые органы внутрибрюшинного давления. Сила тяжести внутренних органов передается на переднюю поверхность матки, что способствует образованию ретрофлексии.

Многократные, часто следующие друг за другом роды, особенно осложненные хирургическими вмешательствами и инфекцией, могут вызвать расслабление тонуса матки, ее связочного аппарата, тазового дна и брюшной стенки. При этих условиях могут возникнуть ретроверзия и ретрофлексия матки. Замедленная инволюция матки и других отделов

полового аппарата может быть причиной отклонения матки кзади вследствие одновременно существующего понижения тонуса. Возникновению ретрофлексии способствуют послеродовая инфекция и продолжительное содержание родильницы в постели. Нарушение мышц и фасций тазового дна при родах является одной из важных причин происхождения ретродевиации матки. Тазовое дно выключается из комплекса факторов, обеспечивающих сохранение нормального положения матки. Тяжесть внутренних органов некоторое время уравновешивается компенсаторной функцией брюшной стенки, но эта функция может оказаться недостаточной. Сила тяжести внутренних органов направляется на область малого таза; при длительном существовании этих условий связочный аппарат матки расслабляется и возникают предпосылки для ретроверзии и ретрофлексии.

Продолжительные истощающие заболевания могут вызвать понижение тонуса тканей и способствовать ретродевиации матки при наличии дополнительных неблагоприятных условий.

Ретроверзия и ретрофлексия нередко наблюдаются в старческом возрасте в связи с атрофией матки и понижением ее тонуса.

3. Воспалительные процессы, сопровождающиеся образованием спаек между телом матки и брюшиной задней стенки малого таза (брюшина, покрывающая rectum и выстилающая дугласов карман), обусловливают возникновение ретрофлексии матки. При этом обычно возникает фиксированная ретрофлексия матки.

4. Ретрофлексию могут вызвать опухоли яичника, располагающиеся в excavatio vesico-uterina, а также миоматозные узлы, растущие на передней стенке матки.

Клиническое течение. В прежние годы ретрофлексию матки считали самостоятельным заболеванием, сопровождающимся резко выраженными симптомами. В дальнейшем было установлено, что у многих женщин выраженные формы ретрофлексии протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно (профилактический осмотр, распознавание беременности в ранние сроки). Клинические наблюдения показывают, что при одинаковой степени перегиба матки кзади у одних женщин симптомы отсутствуют, в то время как у других отмечается ряд тягостных ощущений.

Бессимптомной чаще бывает подвижная ретрофлексия, происхождение которой не связано с воспалительными заболеваниями. Жалобы, возникающие при данной форме ретрофлексии, обычно бывают нехарактерными и происхождение их связано с сопутствующими патологическими процессами (нарушение функции яичников, эндоцервицит и др.). Жалобы чаще возникают при фиксированной ретрофлексии, происхождение которой обычно связано с воспалительными изменениями тазовых органов (слипчивый пельвиоперитонит, сальпингоофорит и перисальпингоофорит).

При ретродевиации матки возможны следующие жалобы, связанные чаще всего с сопутствующими патологическими процессами.

Боли. Бывают — тупые, тянущие боли в нижней части живота и пояснично-крестцовой области, ощущение давления и тяжести в животе. Болевые ощущения обычно бывают связаны с воспалительными процессами, а также последствиями их. Особое значение имеет тазовый полирадикулит, возникающий нередко вследствие длительно протекающих и рецидивирующих сальпингоофоритов, а также рубцово-спаечные и склеротические процессы, вызывающие дистрофию рецепторного аппарата. Боли

в пояснице и крестцовой области могут быть связаны с экстрагенитальными заболеваниями (радикулит и др.). Боль при половом акте, отмечаемая иногда при ретрофлексии, может зависеть от опущения яичников и перемещения их в дугласово пространство, а также от воспалительных процессов.

Нарушение функции соседних органов. При ретрофлексии иногда бывает частое и болезненное мочеиспускание. Этот симптом объясняется тем, что повышается внутрибрюшное давление на мочевой пузырь, который не прикрыт маткой. Происходящее при этом изменение топографии основания мочевого пузыря (trig. vesicae urinariae) может вызвать недостаточность сфинктера. Не исключена возможность возникновения указанных жалоб в связи с сопутствующим циститом и давлением шейки матки на мочевой пузырь.

При ретрофлексии больные нередко предъявляют жалобы на запоры и боль при дефекации. Запоры обычно связаны не с самой ретрофлексией, а с причинами, которые способствовали возникновению данной аномалии положения. Наиболее вероятной причиной запоров является понижение тонуса кишечника вследствие общих причин, обусловливающих снижение тонуса всех тканей.

Нарушение менструальной функции. Несомненна возможность существования ретрофлексии без нарушения менструальной функции. Наряду с этим при ретрофлексии наблюдаются расстройства типа гиперполименореи и дисменореи. Расстройства менструальной функции при ретрофлексии могут возникнуть в связи с задержкой развития и недостаточной функцией яичников. Это особенно относится к ретрофлексии, этиологически связанной с задержкой развития половых органов. При ретрофлексии, возникшей в связи с воспалительными заболеваниями, расстройства менструальной функции зависят от воспалительного процесса.

Нарушение секреторной функции. Бели, наблюдающиеся при ретродевиации матки, обычно возникают в связи с сопутствующими эндоцервицитом, эрозией, эктропионом, кольпитом.

Детородная функция. Прежнее представление о том, что ретрофлексия сама по себе может быть причиной бесплодия, подтверждения не получило. Бесплодие, встречающееся при ретрофлексии, чаще зависит от существующей на почве воспаления непроходимости труб или недоразвития половых органов. Ретрофлексия не препятствует возникновению и правильному течению беременности и родов. Однако при ретрофлексии бывают самопроизвольные аборты, возникновение которых зависит от разных причин (эндокринные нарушения, инфантилизм и др.).

Таким образом, эти жалобы в основном связаны не с перегибом матки, а с воспалительными процессами, недостаточностью функции яичников, задержкой развития половых органов, понижением тонуса мускулатуры и другими нарушениями. Непосредственное клиническое значение ретрофлексии матки невелико. Эта аномалия положения матки заслуживает внимания потому, что она является показателем расстройств, послуживших причиной для ее возникновения.

Диагностика. Диагноз смещений матки кзади не представляет затруднений. При исследовании выявляется, что влагалищная часть шейки матки обращена кпереди и нередко находится несколько ниже нормального уровня, а тело матки располагается кзади (определяется через задний свод); между телом и шейкой матки существует более или менее резко выраженный угол, открытый кзади. Необходимо детально

определить величину, форму, консистенцию матки и состояние придатков, чтобы исключить диагностическую ошибку, поводом для которой могут послужить опухоли яичников, миоматозные узлы, мешотчатая «опухоль» маточной трубы, располагающейся сзади матки. Подвижная ретрофлексированная матка выводится довольно легко бимануальным методом, если отсутствует напряжение или ожирение брюшной стенки; выведение фиксированной матки чаще всего не удается.

Форсированное выведение матки при наличии сращений, так же как и при незатихших воспалительных заболеваниях, противопоказано.

При распознавании ретродевиации матки необходимо стремиться к выявлению причин происхождения этой аномалии.

Лечение. При отсутствии жалоб на боли, нарушения менструальной, детородной, половой и других функций организма терапия (исправление положения матки) не показана. Лечение при ретрофлексии назначают при нарушении детородной, менструальной функции, жалобах на боли, дизурические явления и др. При наличии жалоб и расстройств важнейших функций половой системы проводится лечение, имеющее целью устранить основные заболевания и их последствия (рубцово-спаечные процессы, невралгия тазовых нервов).

При задержке развития организма, астении рекомендуются полноценное питание, занятия гимнастикой, водные процедуры и другие общеукрепляющие средства. При расстройствах менструальной функции, связанных с инфантилизмом и понижением функции яичника, назначают соответствующее лечение.

Общеукрепляющее лечение и специальный комплекс гимнастических упражнений могут содействовать повышению тонуса матки и ее связок, брюшного пресса и тазового дна.

При ретрофлексии, связанной с воспалительными заболеваниями, необходимо проводить прежде всего противовоспалительное лечение с учетом формы и стадии процесса. Комплексное противовоспалительное лечение нужно назначать своевременно, чтобы предупредить возникновение необратимых изменений (рубцово-спаечные процессы).

Фиксированная ретрофлексия обычно сопутствует хроническим воспалительным процессам или остаточным проявлениям заболеваний воспалительной этиологии. В таких случаях показаны физиотерапия, грязелечение (на курортах и внекурортное), озокерит, парафин, торфяная грязь, минеральные ванны и т. д. Если противовоспалительное лечение ретрофлексии не устраняет, можно применить гинекологический массаж, усиливающий крово- и лимфообращение в половых органах, что способствует повышению тонуса матки и ее связок. Одновременно происходит размягчение и истончение спаек; возможно и исчезновение их вследствие усиления кровообращения. Эффект лечения повышается при одновременном применении массажа и физиотерапии или при сочетании массажа с грязелечением. Гинекологический массаж показан только при отсутствии повышения температуры, лейкоцитоза, увеличения СОЭ, болевых ощущений.

Техника массажа сводится к осторожному, постепенному перемещению матки в нормальное положение и к приемам, усиливающим кровообращение в ней (круговые массирующие движения).

С целью удерживания репонированной матки в правильном положении в течение длительного времени предлагались пессарии, изготовляющиеся из эбонита или целлулоида. Пессарии (маточные кольца) растягивают влагалище главным образом в горизонтальном направлении, фик-

сируют шейку в заднем полукольце таза и этим способствуют удержанию матки в правильном положении (рис. 194). В настоящее время лечение пессариями не практикуется потому, что ношение их связано с известными неудобствами, риском возникновения трофических язв и внесения инфекции.

Если систематическое, повторное консервативное лечение больной с фиксированной ретрофлексией не дает эффекта, могут возникнуть показания к хирургическому вмешательству. Смысл оперативного лечения сводится к тому, чтобы ретрофлексию превратить в антефлексию или антеверзию и закрепить матку в этом положении. Это осуществляется путем: а) укорочения круглых связок; б) подвешивания матки к передней брюшной стенке посредством круглых связок (вентросуспензия).

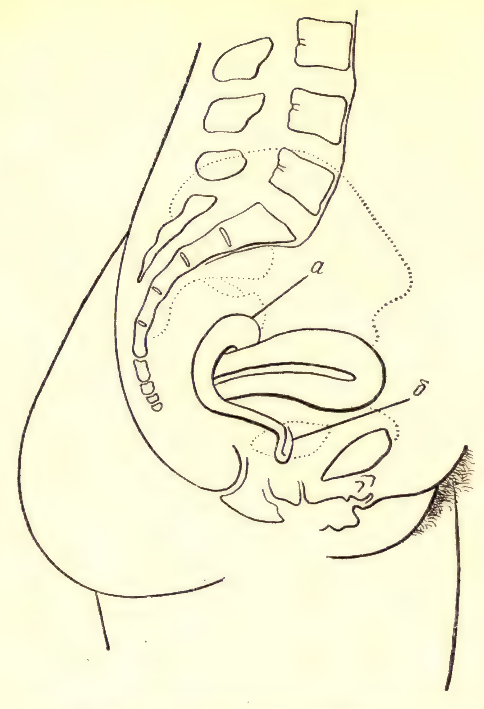


Рис. 194. Расположение пессария во влагалище.

а — широкий конец пессария охватывает влагалищную часть шейки матки; б — узкий конец упирается в мышцы тазового дна.

Период увлечения хирургическими методами лечения ретродевиации матки является пройденным этапом. Широкое внедрение в жизнь большого числа исправляющих операций позволило выявить безуспешность их у ряда больных, а также наличие противопоказаний. В настоящее время оперативное лечение ретродевиаций матки предпринимается по строгим показаниям, обычно у больных с дополнительными заболеваниями, требующими хирургического лечения (смещение матки и влагалища книзу, кистома яичника, гидросальпинкс и т. д.).

Совершенно невозможно хирургическое лечение тех форм ретрофлексий, причиной возникновения которых является недоразвитие половых органов. В подобных случаях симптомы заболевания не устраняются и вскоре возникает рецидив.

Хирургические методы не показаны также в тех случаях, когда ретрофлексия обусловлена понижением тонуса тканей вследствие астении или многократных осложненных родов. После операции у больных нередко возникает рецидив, так как причины возникновения ретрофлексии при операции не устраняются. Таким больным назначают общеукрепляющую и специальную консервативную терапию.

Хирургическому лечению подлежат следующие формы ретрофлексии.

1. Если смещение матки кзади вызвано опухолями матки и придатков. В таких случаях хирургическим путем устраняют опухоль, в качестве дополнительной меры можно произвести укорочение круглых связок (в детородном возрасте), вентросуспензию.

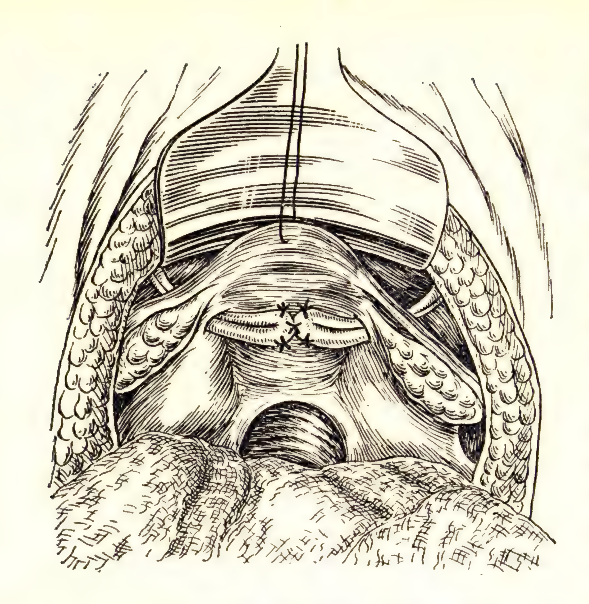


Рис. 195. Укорочение круглых связок путем фиксации их к задней стенке матки (по Бальди-Дартигу).

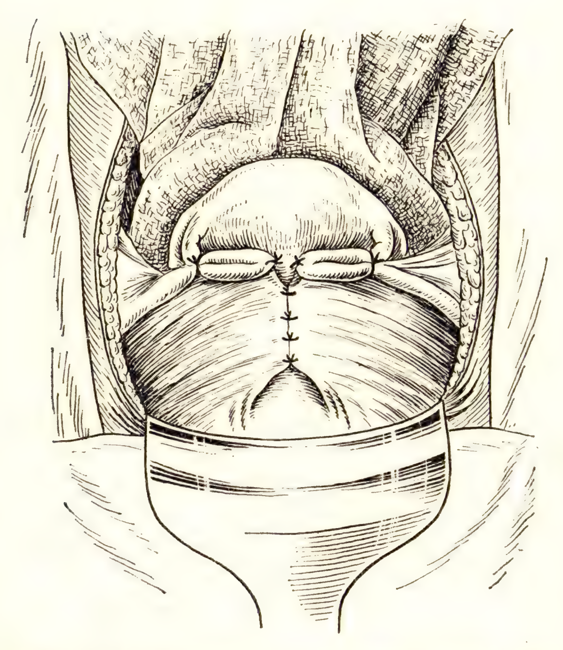


Рис. 196. Укорочение круглых связок путем фиксации их к передней стенке матки (по Менге).

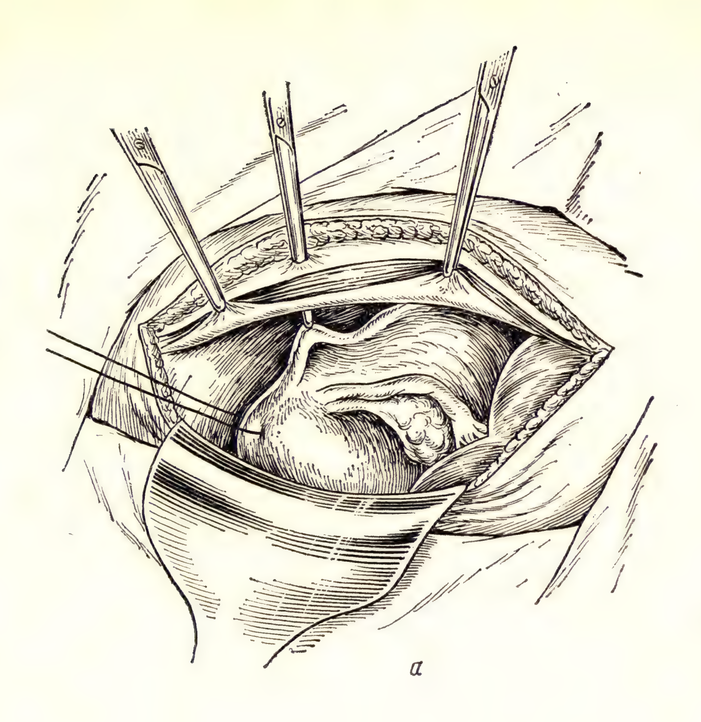
2. Если ретрофлексия сочетается с опущением стенок влагалища и матки. В подобных случаях исправление положения матки является мерой, предупреждающей дальнейшее прогрессирование опущения или выпадения половых органов. Исправление положения матки производится одновременно с операцией, устраняющей опущение половых органов.

3. Укорочение круглых связок. В детородном возрасте при сочетании опущения матки с ретрофлексией, кроме передней кольпоррафии и кольпоперинеоррафии, можно произвести укорочение круглых связок, хотя эта операция недостаточно надежна ввиду частых рецидивов. Эта операция нецелесообразна, если круглые связки истончены и растянуты.

Предложено много способов укорочения круглых связок. Из них чаще всего применяются следующие.

После чревосечения в широких маточных связках проделывают отверстия и через них проводят петли круглых связок по направлению к задней поверхности тела матки. Петли круглых связок пришивают к задней стенке матки на уровне отхождения собственных связок яичника: операция Бальди — Дартинга (рис. 195). Петли круглых связок можно пришить к передней поверхности матки ближе к дну; одновременно накладывают несколько швов на складки широких связок, образующиеся при подшивании круглых связок к передней поверхности матки — метод Менге (рис. 196).

Можно прибегнуть к операции вентросуспензии. Производится чревосечение. В самом нижнем углу раны (над симфизом) проделывают от-



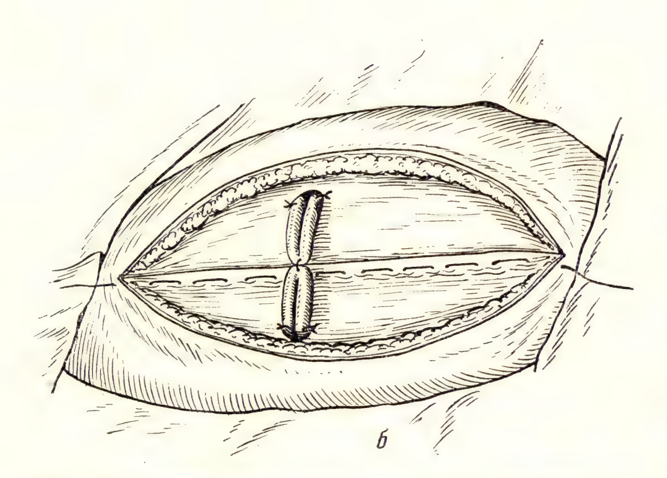


Рис. 197. Вентросуспензия матки (по Долери-Джильяма).

а — выведение петли круглой связки через брюшину и апоневроз; *б* — фиксация круглых связок к брюшной стенке.

верстие в апоневрозе прямой мышцы и брюшине и через это отверстие выводят петлю круглой связки (рис. 197, *а*). То же проделывают с другой стороны.

После выведения петель круглых связок зашивают брюшину, мышцы и апоневроз, затем петли круглых связок фиксируют к поверхности апоневроза несколькими швами: операция Долери — Джильяма (рис. 197, *б*).

В результате вентросуспензии матку при помощи круглых связок подшивают к передней брюшной стенке. Подобная операция, конечно, нецелесообразна, если круглые связки истончены и растянуты.

Существуют и другие методы исправления положения матки, однако они также применяются в качестве сопутствующих, при хирургических операциях, совершающихся по другим показаниям (миома, кистома и др.).

ПРИПОДНЯТИЕ (ЭЛЕВАЦИЯ) МАТКИ (ELEVATIO UTERI)

При смещении кверху матка целиком или верхней частью располагается выше плоскости входа в таз, влагалище вытянуто, шейка достигается с трудом или совсем не достигается. Физиологическая элевация матки наблюдается, как уже упоминалось, в детском возрасте, а также при одновременном переполнении мочевого пузыря и ампулы прямой кишки. Патологическая элевация возникает при скоплении менструальной крови во влагалище (haematocolpos) вследствие атрезии гимена или нижнего отдела влагалища. Матка может быть смещена вверх при объемистых опухолях влагалища и прямой кишки, при рождающейся во влагалище субмукозной миоме, при осумкованных воспалительных выпотах, опухолях или скоплении крови в дугласовом пространстве. Матка поднимается вверх также при опухолях, располагающихся между листками широких связок. Элевация матки наблюдается при сращениях ее с передней брюшной стенкой после операций (кесарево сечение, искусственно создаваемая элевация при вентрофиксации), реже после воспалительных заболеваний.

ОПУЩЕНИЕ И ВЫПАДЕНИЕ МАТКИ И ВЛАГАЛИЩА (DESCENSUS ET PROLAPSUS UTERI ET VAGINAE)

Уже упоминалось, что опущением матки называется смещение ее вниз: влагалищная часть шейки находится ниже спинальной плоскости, но не выходит из половой щели даже при натуживании. Неполное выпадение матки характеризуется тем, что смещение матки книзу увеличивается, шейка матки выходит из половой щели, но тело матки находится выше нее. При полном выпадении вся матка (шейка и тело) выходит из половой щели и вместе с вывернувшимся влагалищем располагается ниже нее (рис. 198).

При опущении влагалища стенки его занимают более низкое положение по сравнению с нормальным, выпячиваются из зияющей половой щели, но не выходят за ее пределы (рис. 199 и 200). Выпадение влагалища может быть частичным (prolapsus parietum vaginae partialis) или полным (prolapsus parietum vaginae totalis), когда стенки его выходят из половой щели и располагаются ниже тазового дна.

В большинстве случаев происходит одновременное опущение или выпадение влагалища и матки, что объясняется наличием непосредственной анатомической связи между ними: смещение одного органа (в силу топографических отношений) ведет к смещению другого. Опущение и выпадение влагалища и матки следует рассматривать как единый патологический процесс еще и потому, что в основе происхождения смещений

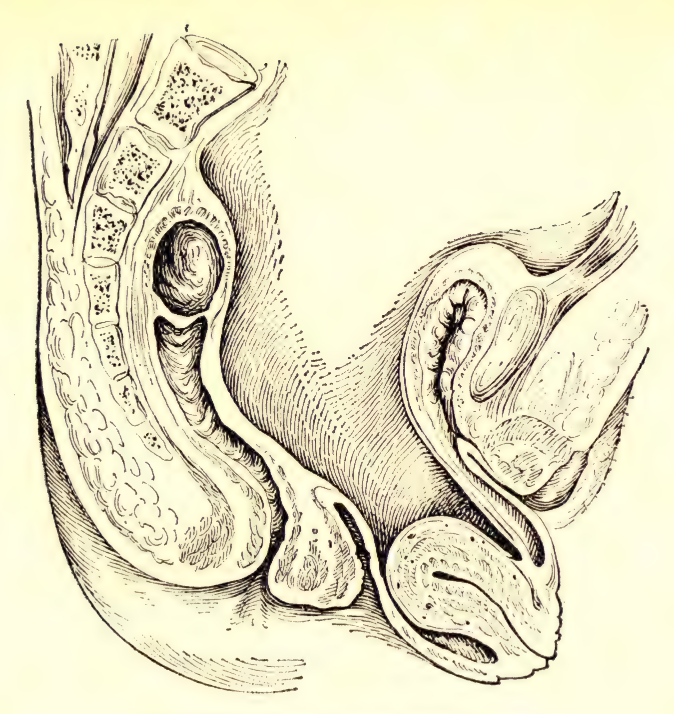


Рис. 198. Полное выпадение матки.

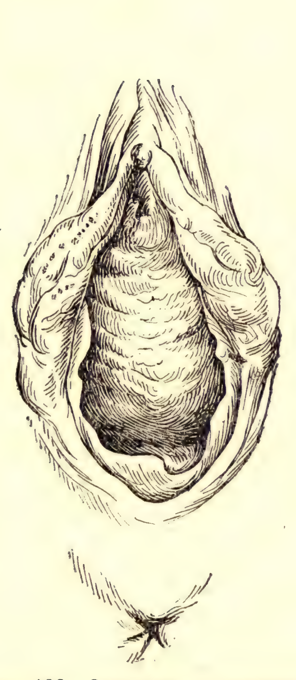


Рис. 199. Опущение передней стенки влагалища.

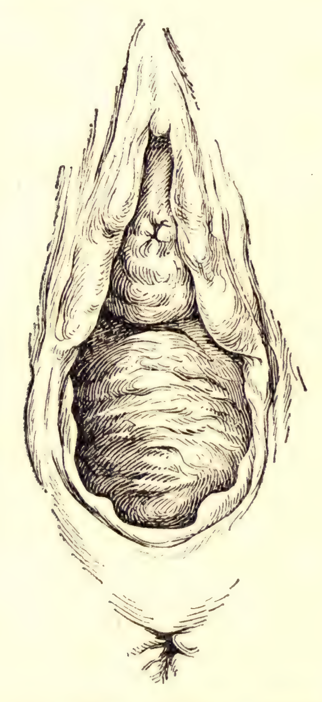


Рис. 200. Опущение задней стенки влагалища.

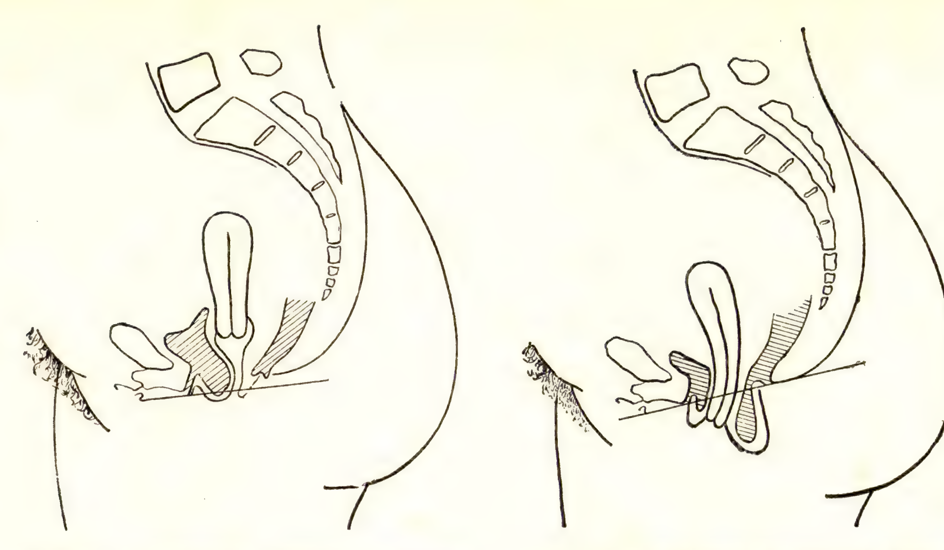


Рис. 201. Опущение передней стенки влагалища (схема) и мочевого пузыря.

Рис. 202. Частичное выпадение матки и задней стенки влагалища.

влагалища лежат те же причины, которые обусловливают опущение и выпадение матки.

Вместе с передней стенкой влагалища обычно опускается или выпадает за пределы половой щели часть мочевого пузыря, тесно связанная с верхним отделом передней стенки влагалища (рис. 201).

Опущению мочевого пузыря (cystocele) способствует истончение соединительнотканной перегородки (фасции), располагающейся между стенкой влагалища, мочевым пузырем и уретрой, или дефект в этой перегородке. В последнем случае cystocele напоминает грыжеподобное образование. Чем сильнее выпадает передняя стенка влагалища, тем бо́льшая часть мочевого пузыря следует за ней. При значительной cystocele происходит изменение хода уретры и изгиб ее верхнего отдела книзу. Изолированное выпадение передней стенки влагалища наблюдается редко — только в тех случаях, когда пузырно-маточная впадина имеет ненормальную глубину.

Опущение и выпадение задней стенки влагалища нередко сопровождается опущением, выпадением, передней стенки прямой кишки (rectocele) (рис. 202), чему способствует образование дефекта в прямокишечно-влагалищной перегородке (ceptum rectovaginale) или фасциях прямой кишки и влагалища. Чаще встречается грыжеподобное выпячивание передней стенки кишки в промежностном ее отделе, реже — в тазовом.

Этиология и патогенез. Этиология и патогенез опущения и выпадения матки и влагалища сложны и полностью еще не изучены. Раньше полагали, что эта аномалия является результатом воздействия силы снизу. Первостепенное значение приписывалось первичному опущению влагалища, которое тянет за собой влагалищную часть шейки матки. Однако следует признать, что основную роль в происхождении опущения и выпадения матки играют факторы, определяющие давление на половые органы сверху. При нормальных условиях давление на половые органы

сверху уравновешивается противодавлением тазового дна и передней брюшной стенки.

Все причины, вызывающие нарушение структуры и функций тазового дна, брюшной стенки и связочного аппарата матки, способствуют опущению и выпадению матки из влагалища.

При расслаблении брюшной стенки (многократные роды, астения) взаимная поддержка внутренних органов нарушается и нарастает давление их на тазовые органы. Мышцы тазового дна и связочный аппарат матки некоторое время выдерживают давление сверху, но в дальнейшем происходит их расслабление, способствующее смещению матки книзу.

Расслабление мышц и фасций тазового дна, а также дефекты в этой области (осложненные и оперативные роды, разрывы промежности) ведут к аналогичным последствиям. Компенсаторное усиление деятельности брюшного пресса временно удерживает опущение внутренних органов, однако постепенно компенсаторная функция истощается, давление внутренностей на половые органы нарастает, связочный аппарат матки расслабляется и начинается смещение ее книзу. Расслабленное тазовое дно уже не представляет опоры для половых органов и смещение книзу увеличивается. Таким образом, в патогенезе смещений матки и влагалища существенную роль играют условия, способствующие расслаблению брюшной стенки и тазового дна; расслабление связочного аппарата матки происходит вторично и не имеет первостепенного значения. Смещениям матки книзу обычно предшествует ретрофлексия, поэтому происхождение опущения и выпадения матки в конечном счете связано с теми причинами, которые способствуют ретродевиации матки.

Ранее упоминалось, что при ретрофлексии и ретроверзии матки давление сверху приходится на переднюю стенку матки и задне-верхний отдел мочевого пузыря; кишечные петли располагаются в excavatio vesicouterina. Вследствие давления сверху на указанные органы происходит постепенное опускание мочевого пузыря с передней стенкой влагалища, а также шейки матки; впоследствии опускается и вся матка.

Причины опущения и выпадения матки и влагалища множественны и в основном сходны с этиологическими факторами, обусловливающими ретродевиацию. К таким причинам относятся:

1. Расслабление мышц брюшного пресса вследствие астении, резкого истощения или многократных повторных, особенно осложненных, беременностей и родов (многоводие, многоплодная беременность, узкий таз, способствующий образованию остроконечного и отвислого живота, и др.). При этом смещение матки книзу служит частным проявлением общего птоза внутренних органов. Описаны случаи выпадения матки у нерожавших женщин и девушек с астенической конституцией.

2. Родовые травмы, вследствие чего происходит расслабление или нарушение мышц и фасций тазового дна, главным образом леваторов. Возникновению родовых травм способствуют разгибательные предлежания, крупные размеры плода, ригидность тканей у пожилых первородящих, хирургические вмешательства (наложение акушерских щипцов) и др. Существенную роль играют родовые травмы, нарушающие фиксирующий аппарат матки, главным образом основные и крестцово-маточные связки.

3. Все причины, обусловливающие понижение тонуса матки и ретрофлексию, в частности задержка развития половых органов и возрастная атрофия матки, связочного аппарата и мышц тазового дна. Следует отметить, что опущение и выпадение матки возникают преимущественно в пожилом и старческом возрасте.

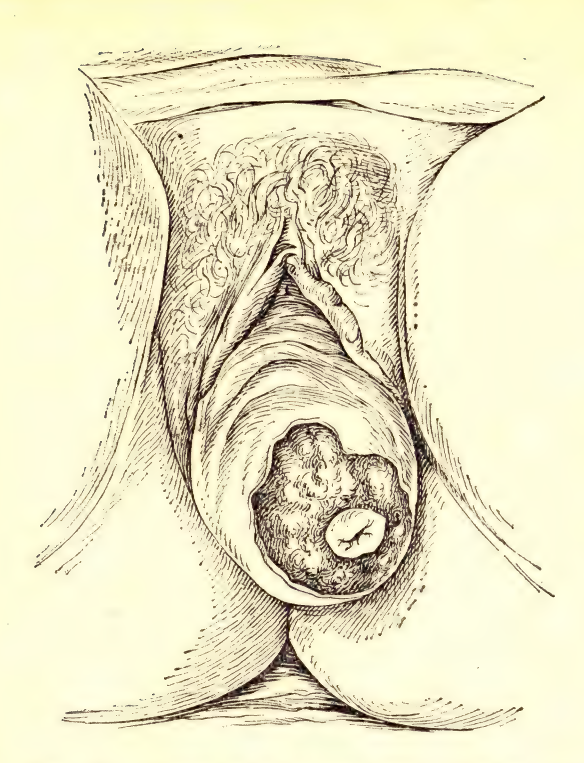


Рис. 203. Полное выпадение матки. Вокруг наружного отверстия шеечного канала трофическая язва.

4. Опущение и выпадение половых органов, которые могут возникнуть при аномалиях развития, обусловливающих нарушение иннервации тазового дна (spina bifida) и врожденную гипоплазию его мускулатуры.

При наличии условий, предрасполагающих к смещению матки книзу, оно быстрее возникает и прогрессирует в связи с подниманием и ношением тяжестей.

Следует отметить, что в большинстве случаев смещение матки книзу происходит вследствие суммы причин, действующих в одном направлении.

При оценке этиологических факторов следует стремиться выявить главную причину заболевания, что очень важно для выбора метода лечения.

При наличии условий, способствующих выпадению (опущению) матки, оно происходит чаще первично и способствует выпадение (вывороту) влагалища. Однако не исключается другая последовательность развития процесса: вначале опускается влагалище, которое оттягивает вниз шейку матки. Наконец, возможно одновременное постепенное опущение и выпадение влагалища и матки.

Изменения в половых органах при их опущении и выпадении. Выпавшие наружу стенки влагалища становятся сухими, грубыми, омозоленными; соединительная ткань отекает. Складки влагалища постепенно сглаживаются, слизистая оболочка приобретает белесоватый цвет. На слизистой оболочке влагалища и шейки матки нередко образуются трофические язвы с резко очерченными краями и гноевидным налетом на дне (рис. 203). При выпадении матки происходят перегиб сосудов, затруднение оттока венозной крови и застой ее в области нижележащих отделов. Наступают отек и увеличение объема влагалищной части шейки матки (hypertrophie colli). При неполном выпадении матки нередко происходит удлинение ее шейки (elongatio colli) за счет растяжения между телом матки, располагающимся выше тазового дна, и опускающимся влагалищем. Тело матки, находящейся обычно в retroflexio, прижимается к заднему отделу леваторов внутренностями или фиксировано спайками; влагалищная часть шейки матки оттягивается вниз выпавшим влагалищем. В результате удлинения шейки матки полость матки увеличивается до 10—15 см при обычной длине тела. При смещениях матки книзу происходит опущение маточных труб и яичников, не имеющее особого клинического значения. При полном выпадении матки может

измениться топография не только мочевого пузыря, но и мочеточников. Происходит их смещение, отклонение в расположении их устьев, сдавление их и расширение вышележащих отделов и даже почечных лоханок. Указанные условия способствуют возникновению восходящей инфекции мочевыводящих путей и развитию хронического цистита и пиелонефрита.

Клиническое течение. Опущение и выпадение матки и влагалища характеризуются: а) затяжным характером заболевания и б) неуклонным прогрессированием процесса, которое обычно происходит постепенно и медленно; опущение переходит в неполное, а затем и в полное выпадение (описаны случаи острого пролапса, возникающего в связи с подъемом тяжестей в послеродовом периоде и в старческом возрасте). У больных из половой щели выходит опухолевидное образование, на нижнем конце которого располагается наружное отверстие шеечного канала. При прощупывании выпавших частей легко определяются шейка и тело (при полном выпадении) матки. При введении в уретру катетера или зонда выявляется, что вместе с половыми органами частично выпадает мочевой пузырь. Ректальное исследование позволяет установить наличие rectocele.

Выпавшие части обычно легко вправляются; затруднения возникают только в случае венозного застоя и отека. В последнем случае больную укладывают в постель и вправление производят после исчезновения отека.

Выпадение половых органов снижает трудоспособность женщины, особенно при физической работе. Восходящая инфекция мочевыводящих путей усугубляет ее состояние. Симптомы опущения и выпадения половых органов выражены довольно отчетливо.

1. Больные сами констатируют выпадение половых органов, увеличивающееся при ходьбе, поднимании тяжестей, кашле, чихании. Выпавшие половые органы затрудняют ходьбу. Бывают тянущие боли в крестце, бели с примесью сукровицы, связанные с травматизацией нередко образующихся трофических язв.

2. Отмечаются частые позывы и нередко резь при мочеиспускании, зависящая от неполного опорожнения мочевого пузыря и сопутствующего цистита. При полном выпадении характерно затруднение мочеиспускания, которое обычно осуществляется после вправления выпавших половых органов.

3. Менструальный цикл при выпадении матки обычно не нарушается. При наличии застойных явлений возможны циклические нарушения типа гипер-полименореи.

4. Половая жизнь возможна при вправлении выпавших половых органов. Детородная функция понижается (неблагоприятные условия для оплодотворения вследствие быстрой эвакуации спермы из влагалища), но наступление беременности — явление нередкое. На IV—V мес беременности, когда матка значительно увеличивается и поднимается в большой таз, выпадение половых органов прекращается. После родов выпадение половых органов возобновляется и нередко прогрессирует.

Диагностика. Распознавание опущений и выпадения половых органов не представляет затруднений. Диагноз ставится на основании данных осмотра и пальпации выпавших половых органов. Дополнительное применение катетеризации и ректо-вагинальное исследование уточняют наличие и степень cystocele и rectocele.

После осмотра и пальпации выпавшие половые органы вправляют и производят бимануальное исследование. При этом оценивают состояние

тазового дна, связочного аппарата, придатков матки и исключают наличие другой патологии (опухоли, воспалительные заболевания и т. д.).

Прогноз. Предсказание для жизни благоприятное, тяжелые осложнения (инфекции, омертвение выпавших половых органов) встречаются редко. При правильном лечении прогноз благоприятен и в отношении восстановления трудоспособности, если выполняемая работа не связана со значительным физическим напряжением.

Лечение. Заболевание имеет прогрессирующий характер, поэтому лечение требуется всегда, даже при формах, протекающих с маловыраженными симптомами. Целесообразно приступить к лечению в начальных стадиях опущения, чтобы предупредить полное выпадение и связанные с ним расстройства.

Общеукрепляющее лечение. Этот вид терапии направлен на повышение тонуса тканей и устранение причин, способствующих смещению половых органов. С этой целью рекомендуются полноценные питание, водные процедуры, гимнастические упражнения. Если больная выполняет физическую нагрузку, связанную с подъемом и переноской тяжестей, длительным стоянием и т. д., ей необходимо изменить условия труда.

Кроме гимнастики, назначают упражнения, способствующие укреплению мышц брюшного пресса и тазового дна (для мышц брюшного пресса — сгибание и разгибание туловища, боковые повороты, сгибание и разгибание ног при горизонтальном положении туловища и др.; для укрепления тазового дна — поперечное скрещивание ног с подниманием на носках, ходьба с полуприседанием, поднимание ног под прямым углом к туловищу, разведение колен при поднятии таза и сведение их вместе; сведение раздвинутых колен с преодолением сопротивления, оказываемого медицинской сестрой; произвольное ритмическое втягивание промежности и др.). В качестве подсобной меры можно рекомендовать массаж матки, способствующий усилению кровообращения в половых органах. Указанные методы не устраняют смещения половых органов, но могут задержать дальнейшее развитие процесса при отсутствии значительных повреждений мышц и фасций тазового дна.

Ортопедические методы. Лечение пессариями, распространенное в прежние годы, в настоящее время почти не применяют. Только в преклонном возрасте при наличии противопоказаний к хирургическому лечению допустима попытка применения пессария (кольцевидный резиновый пессарий вводят боком, а затем располагают в горизонтальной плоскости над мышцами тазового дна). Эффект лечения сводится лишь к устранению выпадения на срок пребывания пессария во влагалище; после извлечения его половые органы снова выпадают. Продолжительное применение пессариев имеет неблагоприятные последствия, так как способствует образованию пролежней, а главное может явиться причиной дальнейшего растяжения мышц тазового дна, являющихся опорой для пессариев. Ношение пессария требует ежедневных гигиенических спринцеваний и систематического врачебного контроля (угроза пролежней, восходящей инфекции).

Хирургическое лечение. Этот вид терапии обеспечивает наиболее стойкое излечение, особенно в сочетании с общеукрепляющим лечением и правильной организацией труда. Применение только оперативного лечения не исключает возможности рецидива, особенно при значительном понижении тонуса тазового дна, брюшной стенки и связок матки. Методы хирургического лечения опущения и выпадения половых органов разнообразны и выбор их в каждом случае должен основываться на уче-

те: а) причины, вызвавшей смещение; б) степени выпадения и существующих топографических отношений; в) возраста больной. В молодом возрасте следует отдавать предпочтение тем методам операций, которые не нарушают половую и детородную функции.

1. Передняя кольпорафия. При опущении (выпадении) передней стенки влагалища и мочевого пузыря производится передняя кольпорафия (colporrhaphia anterior) с обязательным устранением грыжи мочевого пузыря.

Техника передней кольпорафии сводится к следующему. Шейку матки захватывают пулевыми щипцами и выводят из половой щели; при этом передняя стенка влагалища вывертывается наружу. На вывернутой передней стенке влагалища скальпелем намечают овальный лоскут, подлежащий удалению. Верхний угол лоскута находится на 1,5—2 см ниже наружного отверстия мочеиспускательного канала, нижний конец овала доходит до переднего свода влагалища. Намеченный лоскут отсепаровывают и удаляют. После удаления лоскута накладывают швы на пузырно-влагалищную фасцию, что необходимо для устранения cystocele, а затем соединяют края влагалищной раны (рис. 204).

2. Задняя кольпорафия. Обычно опущение передней стенки влагалища сочетается с более или менее выраженным опущением задней стенки, причем нередко в процесс вовлекается и передняя стенка прямой кишки. Поэтому передняя кольпорафия сочетается с задней кольпорафией (colporrhaphia posterior) и одновременной пластикой промежности (кольпоперинеорафия, кольпоперинеопластика). Сущность кольпоперинеорафии сводится к сшиванию краев разошедшихся леваторов и их фасций, а также других мышц и фасций тазого дна и сужению, таким образом, половой щели.

Кольпоперинеорафию начинают с отсепаровки треугольного лоскута задней стенки влагалища. Основание треугольного лоскута находится на границе между слизистой оболочкой задней стенки влагалища и кожей промежности, а верхний угол располагается на задней стенке влагалища по средней линии (рис. 205, *а)*. После удаления лоскута обнажают мышцы и фасции промежности, которые соединяют по средней линии узловыми кетгутовыми швами. Вначале накладывают 2—3 лигатуры на края разошедшихся леваторов рис. 205, *б*), но не завязывают их, а берут на зажим и приступают к соединению краев влагалищной раны. Швы на влагалищную стенку накладывают начиная с верхнего угла раны. После зашивания значительной части влагалищной раны завязывают лигатуры, наложенные на леваторы, а затем заканчивают наложение швов на края влагалищной раны. Далее накладывают второй этаж погружных швов на поверхностные мышцы и фасции промежности. Края кожной раны восстановленной промежности зашивают узловыми шелковыми лигатурами.

3. Ампутация шейки матки. При гипертрофии и удлинении шейки матки ее ампутируют (amputatio colli). В детородном возрасте при нерезком изменении шейки матки ампутацию лучше не производить.

При удлинении и гипертрофии шейки матки осуществляется высокая ее ампутация.

Шейку матки выводят из половой щели при помощи пулевых щипцов; на границе прикрепления влагалища к шейке матки делают циркулярный разрез (рис. 206, *а)*. Влагалище отсепаровывают от шейки матки до уровня предполагаемой ампутации. Вместе с передней стенкой влагалища от шейки матки отслаивается прилегающий участок мочевого пузыря. На шейке матки производят боковые разрезы, отделяющие переднюю

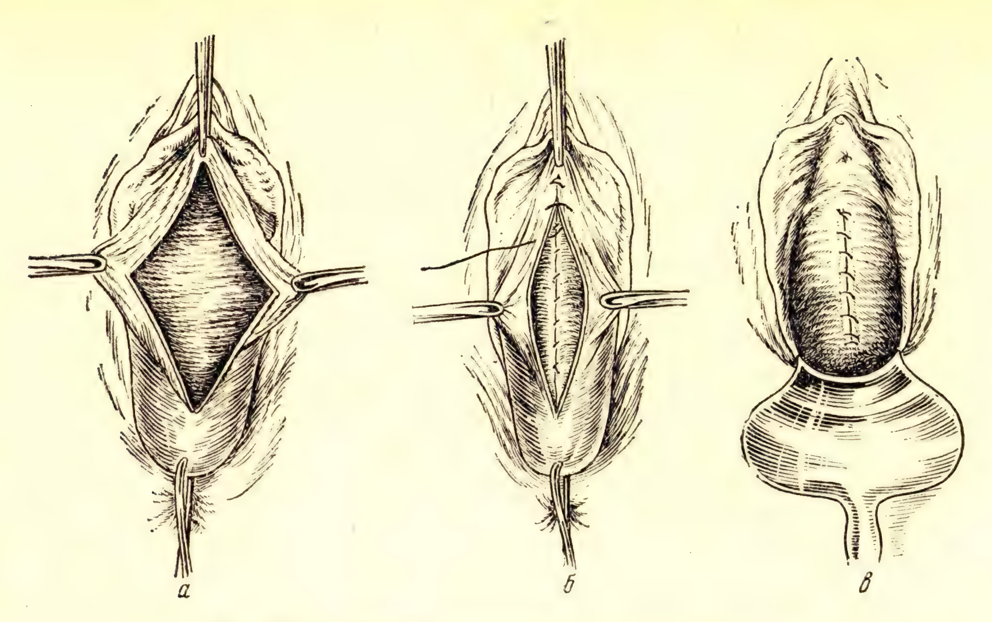


Рис. 204. Передняя кольпорафия.

а — удаление лоскута слизистой оболочки; б — наложение погружного шва на пузырно-влагалищную фасцию; в — края слизистой соединены непрерывным швом.

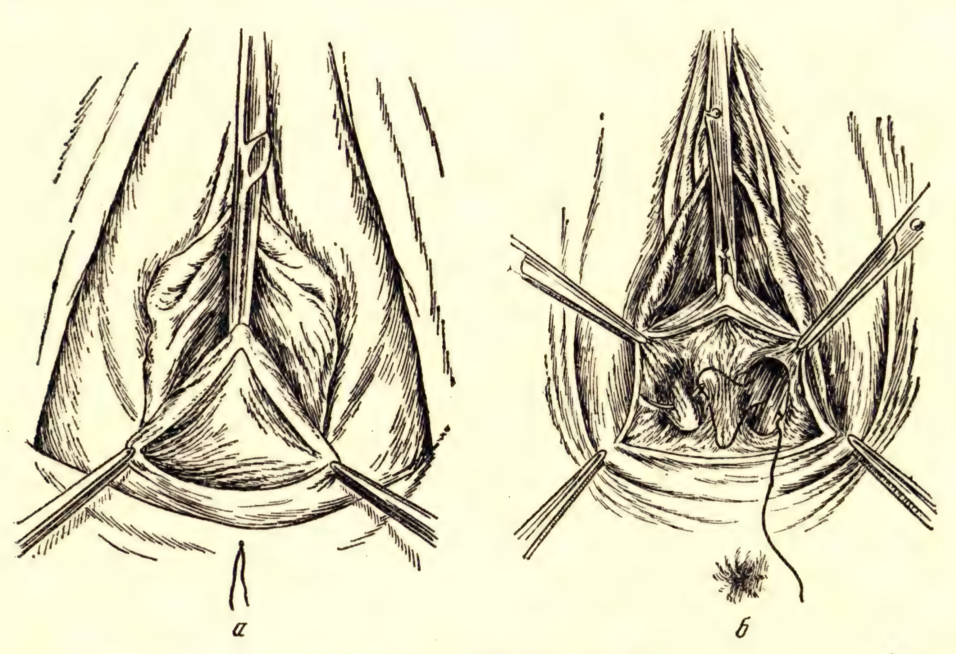


Рис. 205. Кольпоперинеорафия.

а — удаление лоскута слизистой оболочки задней стенки влагалища; б — наложение швов на края леваторов.

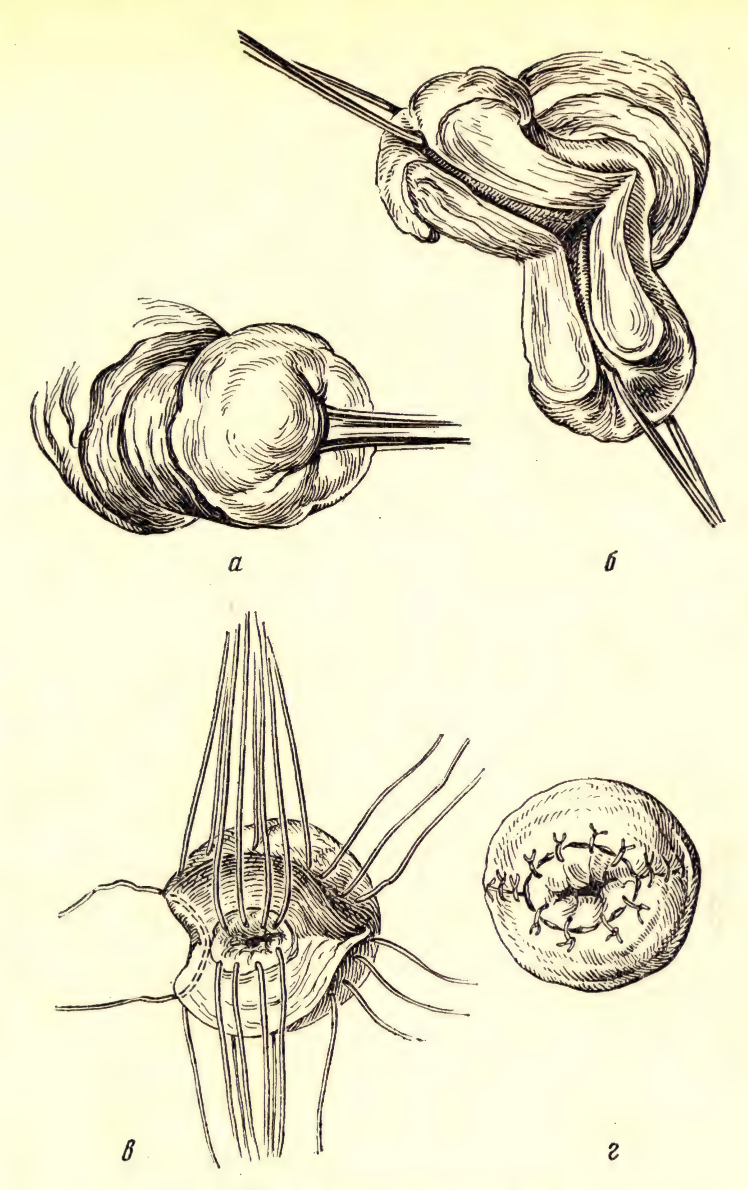


Рис. 206. Ампутация шейки матки.

а — циркулярный разрез и обнажение шейки; б — рассечение шейки; в — шейка удалена, наложение швов; г — швы завязаны.

губу от задней (рис. 206, *б*). После этого ампутируют вначале заднюю, а потом и переднюю губу шейки матки и соединяют швами края влагалища с соответствующими краями шейки матки (рис. 206, *в, г*). При этом необходимо достинуть прилегания краев слизистой оболочки влагалища и шеечного канала.

Ампутация шейки матки производится до передней кольпорафии и кольпоперинеорафии.

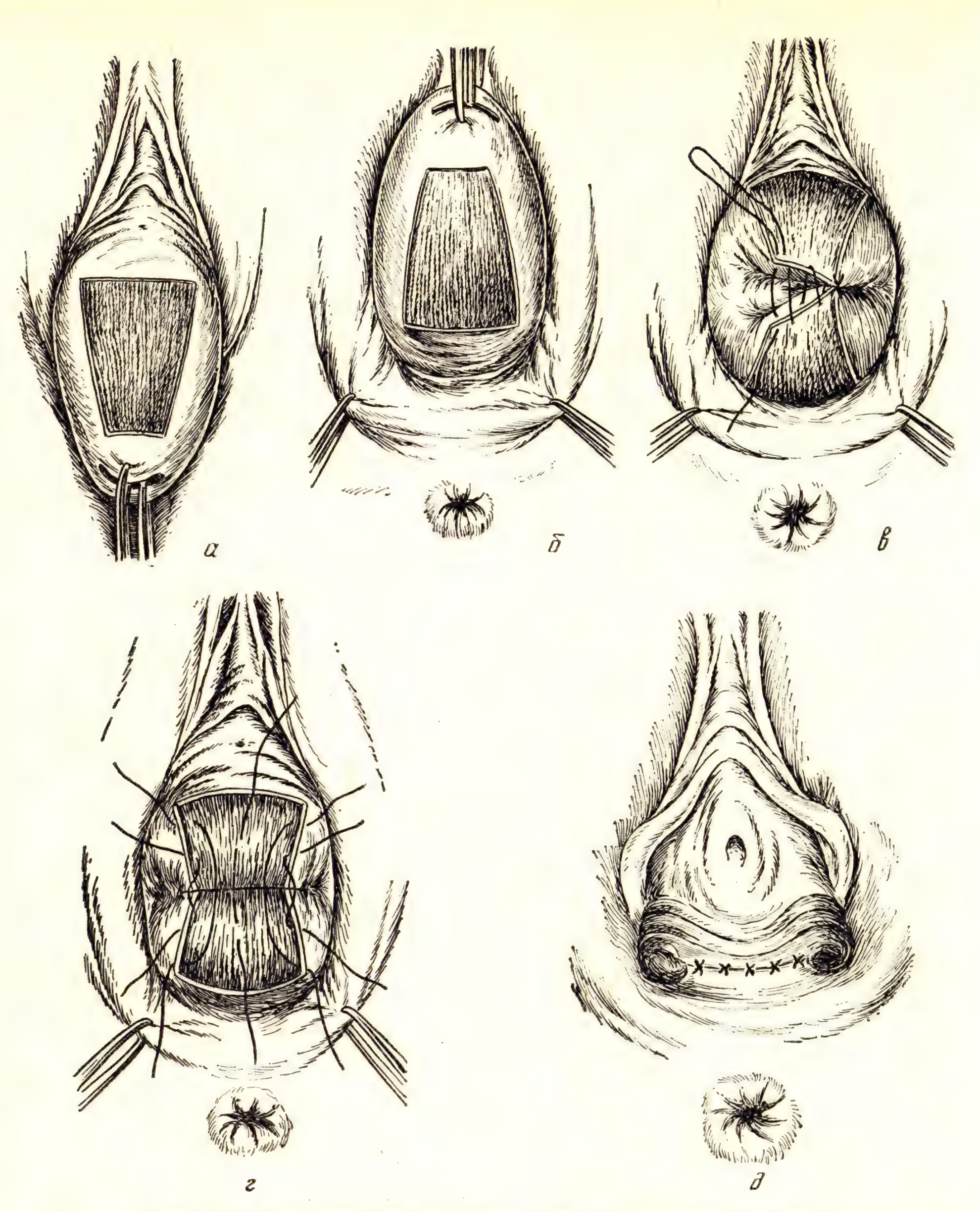


Рис. 207. Срединная кольпорафия (по Нейгебауэру-Лефору).
а — удаление лоскута на передней стенке влагалища; *б* — удаление лоскута на задней стенке влагалища; *в* — наложение первых швов; *г* — наложение последующих швов; *д* — вид после операции.

При ампутации шейки матки и передней пластике применяют также разрез, представляющий собой комбинацию из овального разреза (применяемого при передней кольпорафии) и циркулярного разреза.

4. Срединная кольпорафия. При полном выпадении матки в старческом возрасте можно применить срединную кольпорафию (colporrhaphia mediana). При этом вмешательстве (операция Нейгебауэра — Ле-

фора) на передней и задней стенках влагалища иссекают длинные лоскуты одинаковой величины. Затем соединяют обнаженные поверхности путем последовательного зашивания краев раны на передней и задней стенках влагалища (рис. 207). После срастания обнаженных поверхностей образуется тяж, идущий по средней линии. От влагалища остаются узкие каналы, располагающиеся по сторонам срединного тяжа.

Укорочение кардинальных связок («манчестерская операция»). В старческом возрасте при полном выпадении матки и сопутствующих заболеваниях (разрывы шейки матки, эрозии, опухоли и др.) производится влагалищная экстирпация матки и пластика промежности (если нет противопоказаний к операции).

При неполном выпадении матки в сочетании с цистоцеле и удлинением шейки матки у больных пожилого возраста применяют ампутацию шейки матки с передней кольпорафией и кольпоперинеорафией в модификациях Дональда («манчестерская операция»). Сущность модификации сводится к фиксации к культе шейки матки после ампутации основных связок (lig. cardinale), что способствует профилактике рецидива выпадения матки. Эта операция противопоказана женщинам в детородном возрасте.

Основные этапы операции. На передней стенке влагалища производят продольный разрез, затем надсекают слизистую оболочку вокруг шейки матки в области сводов. Отделяют и смещают кверху мочевой пузырь, отсепаровывают влагалищную стенку от шейки матки по задней и боковым поверхностям. Захватывают, рассекают и перевязывают шеечные ветви маточной артерии и парацервикальную клетчатку с lig. cardinale (рис. 208, *а*). После этого ампутируют шейку матки и культи парацервикальной клетчатки с lig. cardinale подшивают к передней поверхности шейки матки (рис. 208, б). Затем накладывают швы на влагалищно-пузырную фасцию с тем, чтобы устранить цистоцеле и создать опору для мочевого пузыря (рис. 208, в). Соединяют края продольного разреза слизистой оболочки (предварительно удаляют избыток влагалищной стенки), к культе шейки подшивают циркулярно надрезанную стенку влагалища (рис. 208, г). В заключение производят кольпоперинеорафию.

Профилактика. Предупреждение смещения матки основывается на устранении причин, способствующих возникновению указанных аномалий положения. Большое значение имеют предупреждение заболеваний в детском возрасте и в период полового созревания, правильное питание, гимнастика и спорт, регулярное пребывание на свежем воздухе. Не подлежит сомнению роль физкультуры во время беременности и после родов, особенно упражнений, способствующих укреплению брюшного пресса и мышц тазового дна.

Разработаны специальные комплексы упражнений для беременных и родильниц, способствующие предупреждению осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также профилактике опущения и выпадения половых органов.

Учитывая роль родовых травм в происхождении смещений матки, необходимо стремиться к предотвращению осложнений родов и к ограничению хирургических вмешательств, которые должны производиться только по показаниям. Особо важное значение имеет своевременное и правильное зашивание разрывов промежности после родов.

Существующее в нашей стране законодательство по охране труда женщин, механизация трудоемких и тяжелых процессов способствуют сохранению здоровья женщины. Задача медицинских работников состоит в том, чтобы определить для каждой женщины наиболее целесообразный вид

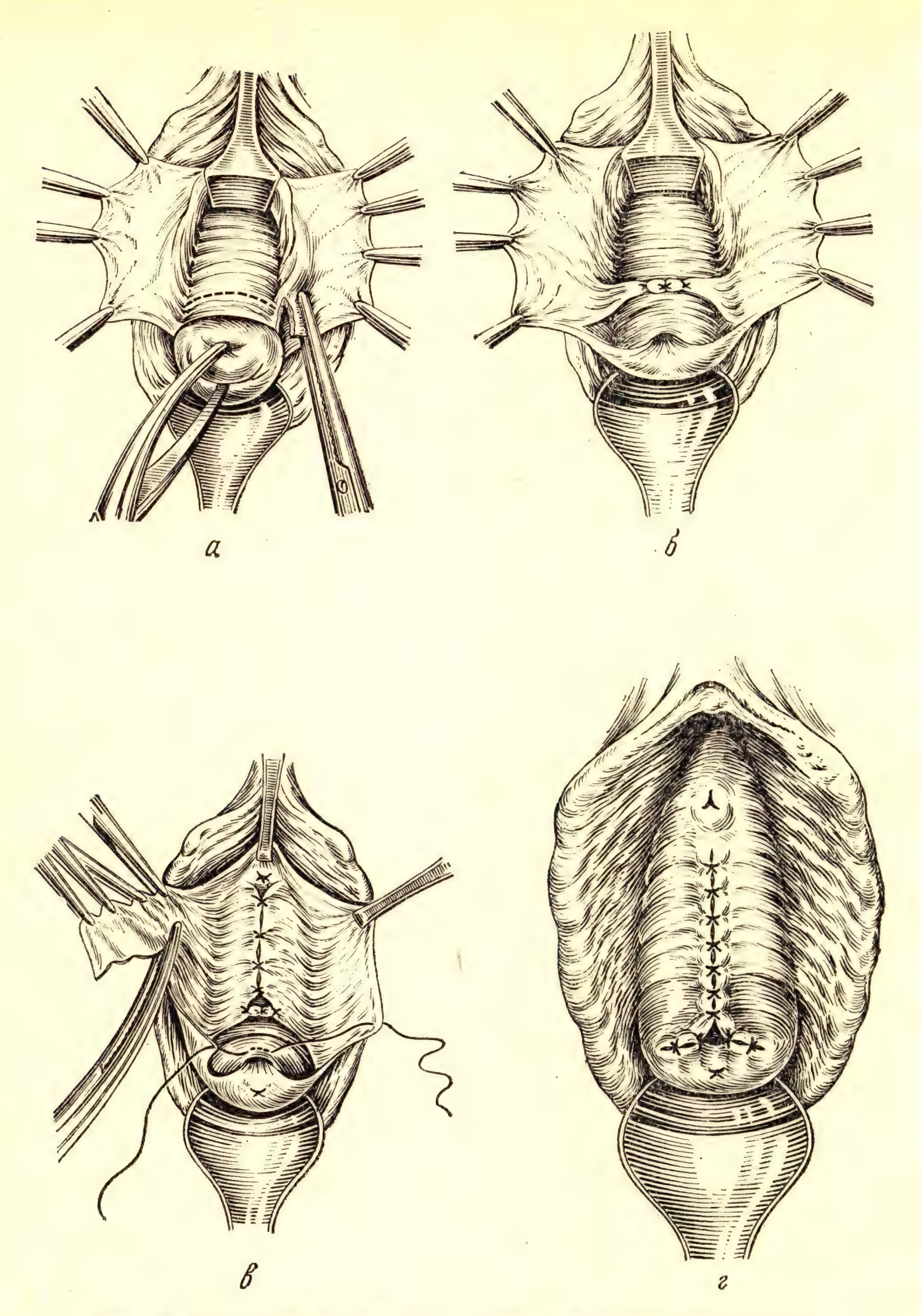


Рис. 208. Укорочение кардинальных связок — «манчестерская операция».

а — рассечение шеечной ветви маточной артерии и lig. cardinale. Ампутация шейки матки; *б* — lig. cardinale подшиты к передней поверхности шейки матки; *в* — наложение швов на влагалищно-пузырную фасцию; *г* — слизистую оболочку влагалища подшивают к культе шейки.

работы и не допускать нарушений условий труда. Эти мероприятия будут косвенным образом способствовать предотвращению смещения половых органов.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНТЕФЛЕКСИЯ (ANTEFLEXIO PATHOLOGICA, HUPERANTEFLEXIO)

Антефлексия является нормальным положением матки. Антефлексия считается патологической, если угол между телом и шейкой матки будет острым (менее 70°); при этом тело матки и portio vaginalis направлены кпереди.

Патологическая антефлексия отличается от нормальной не только величиной угла между телом и шейкой матки, но и рядом других существенных признаков. Патологическая (остроугольная) антефлексия обычно служит проявлением общего инфантилизма органов и сопровождается рядом расстройств, которые при нормальной антефлексии отсутствуют. При указанной аномалии в отличие от нормальной антефлексии нередко имеются особенности в строении и функциях половых органов, присущие инфантилизму или гипоплазии.

При патологической антефлексии шейка матки часто имеет коническую форму, тело небольшой величины (меньше чем в норме); соотношения между размером шейки и тела матки нередко сохраняют черты, свойственные детскому возрасту; шейка коническая, удлиненная, превышает по размеру длину тела матки. Ткань тела и шейки матки малоподатлива, угол выпрямлению не поддается; иногда, наоборот, мускулатура матки и связочного аппарата вялая. Расслабление мускулатуры связочного аппарата способствует тому, что матка, будучи в состоянии остроугольной антефлексии, смещается кзади.

При ретропонировании матки она не прикрывает мочевого пузыря, кишечные петли проникают в excavatio vesicouterina, надавливают на мочевой пузырь. При длительном существовании указанных соотношений может произойти смещение мочевого пузыря и влагалища книзу.

При патологической антефлексии нередко наблюдаются другие признаки недостаточного развития половых органов: узкое короткое влагалище, уплощение сводов, гипоплазия наружных половых органов; нередко встречаются внешние проявления инфантилизма (небольшой рост, недостаточный жировой слой, задержка развития вторичных половых признаков).

Патологическая антефлексия не всегда связана с аномалией развития. Она наблюдается и у хорошо развитых женщин при отсутствии признаков гипоплазии половых органов. Причиной возникновения патологической антефлексии в подобных случаях является сморщивание крестцово-маточных связок после продолжительного лимфангита, возникающего при хронических эндоцервицитах и эрозиях (parametritis posterior chronica adhaesiva). Вследствие сокращения крестцово-маточных связок область их прикрепления (переход шеечного канала в полость матки) оттягивается кзади, тело и шейка матки приближаются друг к другу. Редкой причиной возникновения патологической антефлексии являются опухоли, надавливающие на заднюю поверхность тела матки (у ее дна).

Симптоматология. Клиническая картина патологической антефлексии изменчива. У некоторых женщин жалобы почти отсутствуют, у других выражены достаточно ярко. Симптомы патологической антефлексии разнообразны и связаны главным образом не с самой патологической

флексией, а с основной причиной, вызвавшей возникновение данной аномалии положения матки.

Наиболее частой причиной патологической антефлексии является задержка развития, поэтому в клинической картине преобладают симптомы, свойственные инфантилизму.

1. Нередки жалобы на понижение полового чувства или отсутствие его, общую слабость, утомляемость, головные боли.

2. Обычны нарушения менструальной функции. Преобладает гипоменструальный синдром (гипо-, олиго- и опсоменорея), но нередко менструации наступают часто. Могут быть боли внизу живота и в пояснице, особенно перед менструацией или в начале ее. Болевые ощущения нередко отягощаются общими расстройствами (головная боль, раздражительность, понижение трудоспособности, диспепсические явления). Нарушения менструальной функции обусловлены задержкой развития организма, лабильностью нервной системы (низкий порог болевой чувствительности).

3. Патологическая антефлексия нередко сопутствует бесплодию, связанному с задержкой развития половых органов. Играет роль совокупность факторов: пониженная функция яичников, длинные, извивающиеся, узкие трубы, недостаточность циклических превращений эндометрия, узость влагалища и уплощение его сводов (быстрая эвакуация спермы из влагалища наружу). Известное значение имеет направление шейки матки кпереди, а не в сторону заднего свода (receptaculum seminis).

Лечение. Терапия при патологической антефлексии должна быть прежде всего направлена на устранение причины ее возникновения.

При патологической антефлексии, связанной с задержкой развития и недостаточностью функции яичников, рекомендуются: а) общеукрепляющая терапия (лечебная физкультура, курортно-санаторное лечение, рациональное питание с обязательным включением витаминов; б) физиотерапевтические и другие методы теплового лечения, способствующие улучшению кровообращения и укреплению нервно-мышечного аппарата половых органов; в) лечение половыми гормонами (эстрогены, прогестерон), способ применения которых сообразуется со степенью недоразвития половых органов и характером нарушения менструальной функции.

Благоприятную роль играет наступление беременности; обычно симптомы патологической антефлексии исчезают после первых родов.

Применявшиеся в прежние годы методы рассечения шейки матки и клиновидное ее иссечение в настоящее время оставлены ввиду их неэффективности и неблагоприятных последствий (эктропион, эндоцервицит, эрозия и др.).

ВЫВОРОТ МАТКИ (INVERSIO UTERI)

Этот вид аномалии положения женских половых органов наблюдается очень редко. При вывороте матки серозная оболочка ее располагается внутри, а слизистая оболочка — снаружи; при полном вывороте тело матки располагается во влагалище, а шейка матки, фиксированная в области сводов, находится выше уровня тела. Неполный выворот матки характеризуется тем, что область дна матки вдавливается в ее полость, но не выходит за пределы наружного зева.

При вывороте, особенно полном, маточные трубы и яичники втягиваются внутрь образующейся воронки. При полном вывороте обычно возникают нарушение кровообращения, застой и отек матки. На вывернутой



Рис. 209. Выворот матки (пуэрперальная форма).

слизистой оболочке образуются кровоточащие язвы, обычно покрытые гнойным налетом.

Выворот матки в большинстве случаев возникает при неправильном ведении послеродового периода (пуэрперальная форма), реже при изгнании из матки опухоли с короткой, нерастяжимой ножкой (онкогенетическая форма). Пуэрперальная форма выворота происходит обычно вследствие давления сверху — выжимание последа — при плохо сократившейся матке и широко открытом зеве (рис. 209). При указанных условиях выворот возможен при потягивании пуповины с целью извлечения последа.

При резкой атонии, истончении матки и расслаблении зева выворот матки может произойти без насильственного давления сверху или влечения снизу, но подобная форма заболевания встречается очень редко.

Онкогенетическая форма выворота встречается редко (рис. 210). Она







Рис. 210. Выворот матки (онкогенетическая форма).

обычно бывает связана с миомой и очень редко — с другими опухолями (саркомы, карциномы).

Симптоматология. Симптомы выворота матки ярко выражены при остро возникающих формах, которые чаще встречаются после родов. При острой форме выворота появляются острая боль, шок и кровотечение из сосудов матки. При длительном существовании выворота происходит процесс инволюции матки, но вследствие застоя и изъязвлений появляются гнойные выделения и метроррагия. Если менструальный цикл возобновляется, то наблюдаются выраженные меноррагии. Если онкогенетический выворот происходит медленно, то преобладают признаки основного заболевания. При хроническом вывороте больные отмечают чувство давления книзу. При остром вывороте возникают резкие боли и явления шока.

Диагностика. Распознавание выворота матки осуществляется путем осмотра вывернутой матки при помощи зеркал, влагалищного, бимануального и особенно ректального исследования. При детальном осмотре на поверхности недавно вывернутой матки удается обнаружить устья маточных труб. При бимануальном и ректальном исследованиях устанавливается отсутствие матки на обычном месте и воронка выворота.

При онкогенетическом вывороте обнаруживаются опухоли, обычно исходящие из дна матки.

Лечение. При онкогенетической форме выворота матки показано хирургическое вмешательство. Метод и объем его сообразуются с характером опухоли (злокачественная, доброкачественная, вторичные изменения и др.). При пуэрперальной форме лечение сводится к вправлению матки под наркозом. Область таза должна быть приподнята; выпавшие органы и соседние поверхности тщательно дезинфицируются. Наружной рукой прощупывают воронку, внутренней (введенной во влагалище) захватывают как можно шире матку и вправляют ее. Вправление можно начинать не со дна матки, а с области, расположенной ближе к зеву. Вправление производят медленно, без толчков и насилия. Если вправление матки не удается, выворот устраняют хирургическим путем.

Следует упомянуть о редкой форме смещения матки в грыжевой мешок, образовавшийся при паховой или бедренной грыже (hernia uteri). В результате аномалии развития в грыжевой мешок вначале вовлекается яичник, а затем матка. Диагноз ставится на основании данных пальпации. При грыжесечении матку освобождают от спаек и вправляют вместе с придатками.

ГЛАВА XII

НЕПРАВИЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

К аномалиям развития половой системы относятся: 1) нарушения процесса полового созревания; 2) недоразвитие половых органов (генитальный инфантилизм); 3) аномалии строения половых органов.

Аномалии развития половой системы наблюдаются нередко. Они имеют различную клиническую картину при наличии некоторых общих причин, способствующих их возникновению. Нарушению процессов развития половой системы способствуют патогенные факторы, воздействующие в антенатальном периоде, когда образуются зачатки половых органов, происходит их формирование и развитие. Имеют значение также неблагоприятные воздействия на нервные структуры, которые в последующие периоды развития организма регулируют функции половой системы.

Патогенные факторы, способствующие возникновению аномалий половой системы, могут возникнуть при заболеваниях матери (особенно инфекционные, эндокринные расстройства и др.), интоксикациях (наркотики, алкоголь, вредные химические препараты и др.). Играют роль такие факторы, как длительная гипоксия, родовые травмы нервной системы, инфекционные заболевания в детском возрасте и в период полового созревания.

Пороки развития половых органов часто сочетаются с аномалиями строения мочевыводящих путей.

Нарушения условий среды в период закладки и формирования половых органов зародыша (ранние стадии развития) особенно неблагоприятны в отношении возникновения пороков развития. В последние годы увеличилось число исследований, результаты которых указывают на зависимость ряда пороков развития, нарушений половой дифференцировки и задержки полового развития от хромосомных и генных мутаций. Для уяснения механизма образования аномалий развития необходимо вспомнить основные этапы эмбрионального развития женских половых органов.

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ О РАЗВИТИИ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Зачатки половых органов эмбриона анатомически тесно связаны с зачатками почек и мочевыводящих путей, поэтому аномалии развития двух указанных систем нередко встречаются совместно.

У зародыша человека (и всех высших позвоночных) имеются следующие стадии развития почек: 1) предпочка (головная почка); 2) первичная почка (вольфово тело); 3) окончательная почка (рис. 211). Все ука-

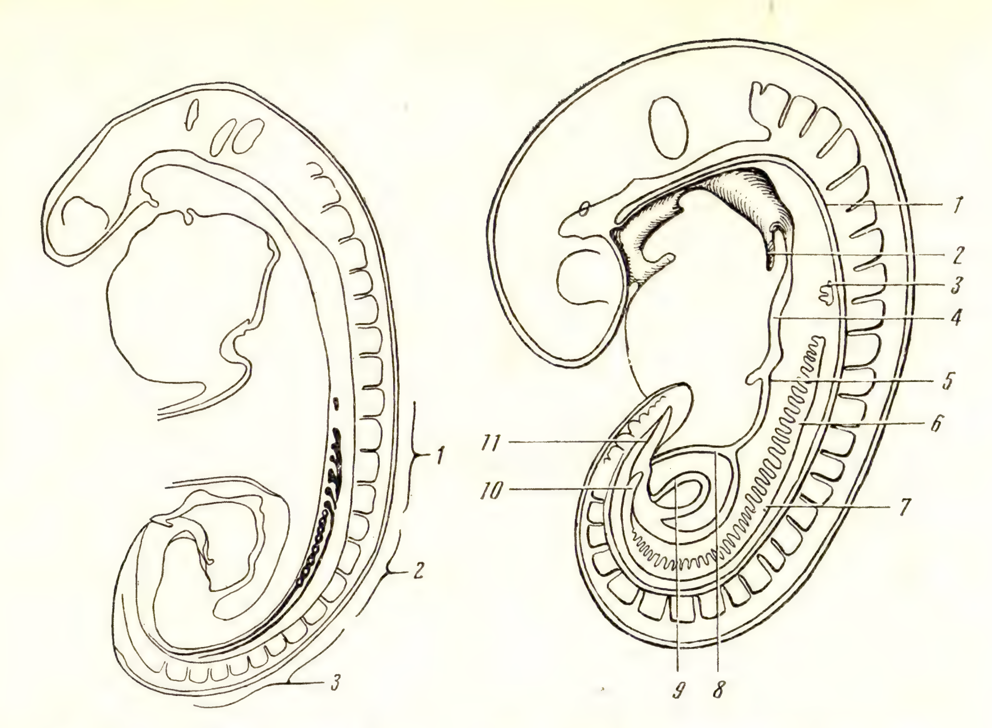


Рис. 211. Эмбрион длиной 4,5 мм.
1 — зона предпочки; 2 — зона первичной почки (вольфово тело); 3 — окончание нефрогенного тяжа.

Рис. 212. Закладка мочевого аппарата.
1 — спинная струна; 2 — легкие; 3 — предпочка; 4 — желудок; 5 — печень; 6 — нефрогенная ткань — первичная почка; 7 — вольфов ход; 8 — желчный проток; 9 — проток аллантоиса; 10 — вольфов ход; 11 — клоака.

занные зачатки образуются последовательно из разных зон нефрогенных тяжей, располагающихся вдоль зачатка позвоночника (рис. 212).

Предпочка образуется из краниального отдела нефрогенного тяжа. Из элементов предпочки образуются пузырьки, в результате слияния которых возникает первичный мочевой проток, растущий в каудальном направлении и впадающий в клоаку. Предпочка у человека, достигнув только начальной стадии развития, быстро и бесследно исчезает. От предпочки остается только первичный мочевой проток, который впоследствии выполняет роль выводного протока первичной почки — вольфово тело (mesonephros) и называется вольфовым ходом (ductus mesonephricus).

У эмбриона длиной 4,5 мм наблюдается развитие вольфова тела, происходящее параллельно регрессу предпочки (рис. 212). Сформированные вольфовы тела представляют собой два продольных валика, располагающихся симметрично вдоль зачатка позвоночника. Величина и протяженность вольфовых тел зависят от возраста зародыша. У человеческого зародыша длиной 4,9 мм вольфовы тела простираются от VIII до III поясничного сегмента. В связи с регрессом верхних и развитием нижних отделов вольфовых тел происходит процесс перемещения их книзу. У зародыша длиной 42 мм первичные почки простираются от IV поясничного до I крестцового сегмента.

Окончательная почка образуется из каудального отдела нефрогенного тяжа, а мочеточник — из вольфова хода. Зачаток мочеточника образуется

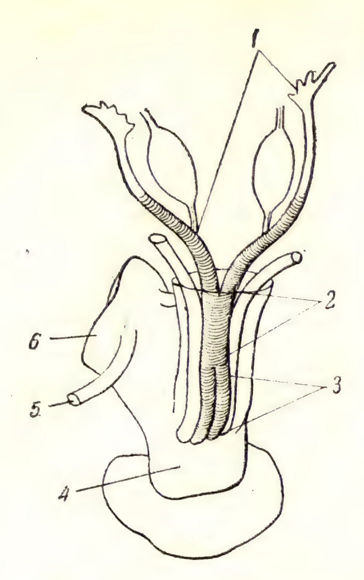


Рис. 213. Врастание сливающихся мюллеровых ходов в мочеполовую пазуху.

1 — зачатки труб; 2 — зачаток матки; 3 — зачаток влагалища; 4 — мочеполовая пазуха; 5 — мочеточник; 6 — мочевой пузырь.

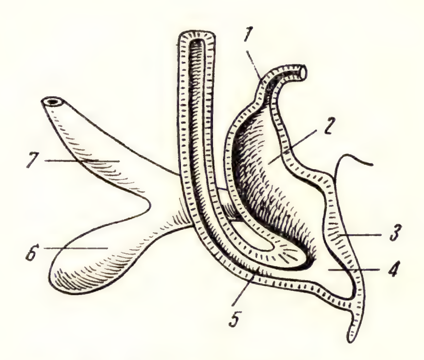


Рис. 214. Нижняя часть тела эмбриона длиной 7 мм.

1 — аллантоис; 2 — мочеполовая пазуха; 3 — клоакальная мембрана; 4 — клоака; 5 — кишка; 6 — зачаток мочеточника; 7 — вольфов ход.

у зародыша длиной 5—8 мм путем вытягивания задней стенки вольфова хода вблизи места впадения его в клоаку (см. рис. 213). Зачаток мочеточника растет по направлению вверх к зачатку постоянной почки; по мере роста на верхнем конце его образуется почечная лоханка (рис. 214, 215 и 216).

По мере развития постоянной почки и мочеточника происходит регресс вольфовых тел и вольфовых ходов. Их остатки в виде тонких канальцев, выстланных эпителием, местами сохраняются и из них могут образоваться кисты.

Остаток краниального конца первичной почки (epoophoron) располагается в широкой связке между трубой и яичником; каудальный конец (paroophoron) находится также в широкой связке между трубой и маткой. Остатки вольфова (гартнеровского) хода располагаются в боковых отделах шейки матки и влагалища.

Яичники. Зачатки половых желез возникают в ранних стадиях развития (первые недели) и на первоначальном этапе имеют индифферентный характер, т. е. в них нет преобладания элементов женского или мужского пола. Образование зачатков половых желез происходит путем сложных превращений эпителия брюшной полости (целомический эпителий), располагающегося между зачатком почки и позвоночника. Этот участок — половой валик (зародышевая складка) — у зародыша длиной 5—5,5 мм простирается от верхнего полюса вольфова тела до каудального конца. Под влиянием генетических факторов из половых валиков образуются или яичники, или тестикулы.

Образование яичника происходит следующим образом. В результате пролиферации и дифференцировки клеток полового валика обособляется

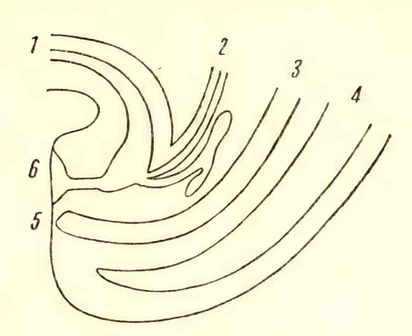


Рис. 215. Нижняя часть тела эмбриона (длиной 10 мм). Зачаток мочеточника еще тесно прилегает к первичному мочеточнику. Дифференцировка мочеполовой пазухи на пузырный отдел и мочеиспускательный канал.

1 — аллантоис; *2* — первичный мочеточник (вольфов ход); *3* — кишка; *4* — медуллярная трубка; *5* — заднепроходная перепонка; *6* — мочеполовая перепонка.

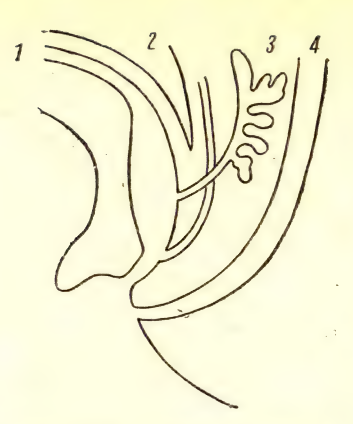


Рис. 216. Нижняя часть тела эмбриона (длиной 20 мм). Заднепроходная и мочеполовая перепонки открыты. Мочеточник отделился от вольфова хода.

1 — аллантоис; *2* — вольфов ход; *3* — мочеточник и почечная лоханка; *4* — кишка.

поверхностно расположенный, так называемый зародышевый эпителий. Среди кубических эпителиальных клеток зародышевого слоя выделяются крупные округлые клетки, превращающиеся в первичные яйцеклетки — овогонии. Мелкие эпителиальные клетки вокруг овогоний образуют фолликулярный эпителий — зачаток зернистой оболочки.

Указанные комплексы клеток (овогонии, окруженные фолликулярным эпителием) постепенно погружаются вглубь, обособляются от зародышевого эпителия и вокруг них образуются прослойки эмбриональной соединительной ткани, которая проникает из места соприкосновения полового валика с вольфовым телом. Так постепенно возникает корковый слой яичника, включающий примордиальные фолликулы, отделенные друг от друга прослойками соединительной ткани.

Одновременно с развитием элементов коркового слоя образуется богатый сосудами мозговой слой яичника из элементов среднего зародышевого листка. Дифференцировка яичника начинается с III месяца внутриутробной жизни.

Процесс формирования яичников происходит постепенно: по мере развития они смещаются книзу и опускаются в малый таз вместе с зачатками матки.

М а т к а, т р у б ы и в л а г а л и щ е. Эти органы развиваются из мюллеровых протоков, которые образуются на 4-й неделе внутриутробной жизни в области мочеполовых складок и быстро обособляются от них.

Мюллеровы протоки вначале сплошные, затем в результате распада центрально расположенных эпителиальных клеток в них образуется полость. Располагаясь вдоль вольфовых протоков, мюллеровы протоки направляются книзу, опускаются в мочеполовую пазуху, срастаются с ее вентральной стенкой, образуя холмик (зачаток девственной плевы). По мере роста зародыша средние и нижние отделы мюллеровых протоков сбли-

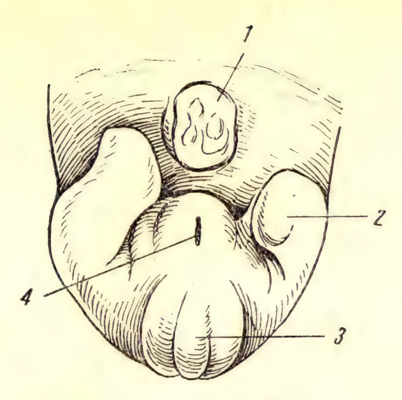


Рис. 217. Развитие наружных половых органов. Нижняя часть тела эмбриона длиной 18 мм.

1 — пуповина; *2* — зачатки нижних конечностей; *3* — хвостовой бугорок; *4* — клоачный бугорок с отверстием в мочеполовую пазуху.

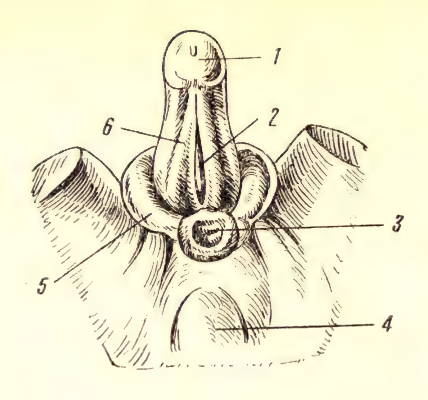


Рис. 218. Развитие наружных половых органов. Эмбрион длиной 28 мм.

1 — головка клитора; *2* — отверстие в мочеполовой пазухе; *3* — заднепроходное отверстие; *4* — хвостовой бугорок; *5* — половой валик (большие половые губы); *6* — половая складка (малые половые губы).

жаются и, наконец, сливаются (см. рис. 213), образуя общую полость; процесс слияния начинается на II и заканчивается на III месяце внутриутробной жизни.

Из верхних обособленных отделов мюллеровых протоков образуются трубы, из слившихся средних отделов — матка, из нижних — влагалище. Мышечные элементы матки, маточных труб и влагалища образуются из мезенхимы, окружающей мюллеровы ходы.

Наружные половые органы. Образуются из мочеполовой пазухи и кожных покровов нижнего отдела тела зародыша. На нижнем конце туловища зародыша образуется клоака, куда впадают конец кишки, вольфовы ходы с развивающимися из них мочеточниками, а затем и мюллеровы ходы; от клоаки отходит аллантоис (мочевой проток).

Перегородка, идущая сверху, делит клоаку на дорсальный отдел (rectum) и вентральный отдел — мочеполовую пазуху (sinus urogenitalis). Из верхнего отдела мочеполовой пазухи образуется мочевой пузырь, из нижнего — мочеиспускательный канал и преддверие влагалища.

Вентральная поверхность клоаки (клоачная мембрана) вначале является сплошной. С окончанием процесса отделения мочеполовой пазухи от прямой кишки клоакальная мембрана также разделяется на анальный и уро-генитальный отделы; промежуточная часть между указанными отделами является зачатком промежности. В дальнейшем образуется отверстие в уро-генитальной мембране (наружное отверстие уретры) и в анальной мембране (заднепроходное отверстие) (рис. 217).

Спереди от клоачной мембраны по средней линии возникает клоачный бугор. В передней части его возникает половой бугор (зачаток клитора), вокруг которого образуются полулунной формы валики (половые валики), являющиеся зачатками больших половых губ. На нижней поверхности полового бугорка в области, смежной с мочеполовой пазухой, образуется желобок, края которого превращаются впоследствии в малые половые губы (рис. 218). У плода мужского пола из полового бугорка образуется penis, из половых складок, срастающихся по средней линии, — уретра, из соединившихся половых валиков — scrotum.

НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕВОЧЕК

Нормальный процесс полового развития (созревания) характеризуется возникновением множественных количественных и качественных изменений в организме девочки, подготовляющих его к осуществлению репродуктивной (детородной, генеративной) функции.

Период полового развития характеризуется усилением роста, формированием телосложения женского типа и вторичных половых признаков, наличием прогрессивных изменений в половой системе. Возникновению и развитию этих изменений способствуют гормоны яичников (главным образом эстрогенный), коры надпочечников, гонадотропный и соматотропный гормоны гипофиза. Имеют значение эндокринная функция других желез внутренней секреции, состояние обмена вещества, изменения в нервной системе.

Особую роль играют эстрогены, образующиеся в яичниках и в меньшей степени в коре надпочечников. Экскреция эстрогенов начинается в первом десятилетии, повышается к 12—13 годам и в дальнейшем приобретает циклический характер. В период полового созревания эстрогены вместе с андрогенами влияют на рост и созревание костной системы, развитие наружных половых органов и подмышечного оволосения. Под влиянием эстрогенов происходят увеличение молочных желез, рост матки, развитие влагалища, распределение жировой ткани по женскому типу. Роль прогестерона в период полового созревания проявляется в пролиферации альвеол молочных желез. Эстрогены и прогестерон, образующиеся под влиянием гонадотропных гормонов (прямая связь), в свою очередь воздействуют на гипоталамо-гипофизарную систему (обратная связь), содействуя цикличности выделения гонадотропинов — ФСГ, ЛГ, ЛТГ. Эти взаимоотношения между половыми и гонадотропными гормонами устанавливаются в конце периода полового созревания, к 16—17 годам, когда полностью устанавливается деятельность центров гипоталамуса, регулирующих функции половой системы.

Нарушения полового развития неодинаковы по сущности патологического процесса, клинической картине, времени возникновения и проявления симптомов.

Наблюдаются следующие нарушения полового развития у девочек: 1) преждевременное половое развитие; 2) нарушения полового развития в пубертатном возрасте; 3) задержка полового развития; 4) отсутствие полового развития (дисгенезия гонад, аплазия яичников).

Несмотря на выраженные различия клинических признаков нарушений полового развития, в этиологии их существуют общие черты.

В происхождении преждевременного полового развития и задержки его существенную роль играют патологические процессы, действующие в период внутриутробного развития во время родов и в период новорожденности. Отмечается частота поздних токсикозов, клинических признаков угрозы прерывания беременности, аномалий родовых сил и других патологических процессов у матерей девочек, имеющих признаки нарушения полового созревания. Имеет значение воздействие на плод в период формирования его нервной, эндокринной и половой систем инфекционных заболеваний матери, алкоголя и других вредных факторов. Среди причин нарушения полового развития (особенно преждевременного) видную роль играют асфиксия, родовые травмы центральной нервной системы, а также гипотрофия при рождении, связанная с нарушением условий антенатального развития.

Происхождение некоторых форм преждевременного полового развития и задержки этого процесса связано с врожденной (в том числе наследственной) энзимопатией и другими генетически обусловленными патологическими процессами.

В этиологии разных форм нарушения полового развития большую роль играют инфекционные заболевания, перенесенные в детском возрасте и в пубертатном периоде. Инфекционные заболевания (грипп, повторные ангины, хронический тонзиллит, паротит, гепатиты и др.) у детей с нарушениями полового созревания наблюдаются в 2—4 раза чаще, чем у девочек с нормальным развитием половой системы. Инфекционные заболевания могут быть самостоятельной причиной поражения структур, регулирующих развитие половой системы, или способствуют проявлению генетически обусловленной патологии.

К сравнительно редким причинам нарушения полового развития относятся новообразования и кисты, возникающие в яичниках, надпочечниках, гипоталамо-гипофизарной системе.

Различие клинических проявлений аномалий полового развития в значительной мере определяется тем, на каком уровне оказал наиболее выраженное действие этиологический фактор. Патологический процесс, ведущий к нарушению полового развития, может локализоваться в центральной нервной системе, яичниках, надпочечниках; он может иметь характер органического процесса или функционального нарушения.

Преждевременное половое развитие бывает двух типов: гетеросексуальный (врожденный адрено-генитальный синдром) и изосексуальный. Последний характеризуется преждевременным развитием половой системы по женскому типу.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ (ИЗОСЕКСУАЛЬНЫЙ ТИП)

Половое развитие считается преждевременным, если менструация (менструальноподобные выделения) и вторичные половые признаки появляются в первом десятилетии жизни девочки. Существует мнение, что половое развитие можно считать преждевременным, если его признаки возникают в течение первых 8 лет жизни. Менструальноподобные выделения, развитие молочных желез, половое и подмышечное оволосение могут возникнуть даже в течение первых 2 лет. Эти признаки преждевременного полового развития могут быть выражены в большей или меньшей степени, появляются полностью или возникают только некоторые из них. В соответствии с этим различают полную и неполную формы преждевременного полового развития.

Полная форма характеризуется развитием всех вторичных половых признаков — молочных желез, полового и подмышечного оволосения и др. (рис. 219) и наличием менструаций (менструальноподобных реакций). Это связано с тем, что выделение эстрогенов и гонадотропинов значительно превышает возрастную норму.

При неполной форме вторичные половые признаки возникают, но менструации (или менструальноподобные выделения) отсутствуют. Экскреция эстрогенов и гонадотропинов ниже, чем при полной форме.

Полная форма преждевременного полового развития характеризуется ускорением темпов роста и созревания костной системы, причем процесс созревания костей преобладает над темпом их роста. Ускорение процесса созревания костей обусловливает раннюю остановку роста. Поэтому у дево-

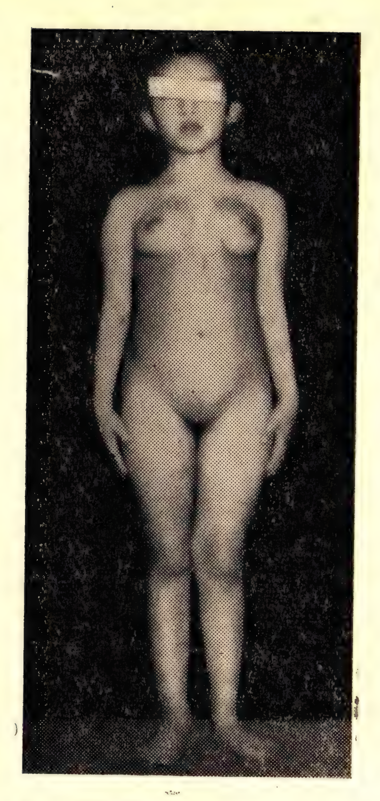


Рис. 219. Преждевременное половое развитие (возраст девочки 5 лет 6 мес).

чек в начале второго десятилетия жизни отмечаются низкий рост и наличие признаков диспластического телосложения (узкие плечи, широкий таз, короткие конечности при относительно длинном туловище). При неполной форме данной патологии ускорение темпа роста и созревания костей происходит равномерно, поэтому значительной задержки роста и изменений в телосложении не наблюдается.

На основании изучения этиологии, патогенеза и клинической картины выделяют церебральную, яичниковую и так называемую конституциональную формы преждевременного полового развития.

Церебральная форма данной патологии характеризуется тем, что, кроме признаков преждевременного полового развития, у девочек наблюдаются симптомы поражения центральной нервной системы. В некоторых случаях появляются признаки органического поражения центральной нервной системы (анизорефлексия, наличие патологических рефлексов, нарушения III, VIII и XII пар черепномозговых нервов, застойные явления в глазном дне и др.), в других — неврологические симптомы, указывающие на функциональные нарушения диэнцефальных структур (умеренное ожирение, гипергидроз, акроцианоз, субфебрилитет, лабильность вазомоторных реакций и пр.).

При органическом характере поражения нервной системы нередко наблюдается задержка интеллектуального развития.

Основными причинами органических изменений в нервной системе, вызывающих преждевременное половое развитие, являются повреждающие факторы в антенатальном периоде, асфиксия при рождении, родовые травмы, последствия менингоэнцефалита. Причиной функциональных нарушений чаще всего являются инфекционные заболевания в детском возрасте.

Яичниковая форма преждевременного полового развития возникает в связи с образованием фолликулярных кист или гормональноактивных опухолей в яичнике. Эта форма наблюдается значительно реже церебральной.

Развитие фолликулярных кист, обладающих эстрогенной активностью, у детей наблюдается редко. Их возникновение ведет иногда к появлению скудных выделений из влагалища и незначительному увеличению зачатков молочных желез. Рост и умственное развитие соответствуют возрасту ребенка. Характерно самопроизвольное исчезновение указанных признаков преждевременного полового развития после обратного развития кисты.

Гормональноактивные опухоли (гранулезоклеточная, текаклеточная, опухоли, продуцирующие эстрогены) также относятся к сравнительно редким причинам преждевременного полового развития. Для этой патологии характерны незначительное развитие вторичных половых признаков при

наличии менструальноподобных выделений, выраженное увеличение матки и наружных половых органов.

Конституциональная форма преждевременного полового развития в прежние годы рассматривалась как преобладающая. Для этой формы считалось характерным отсутствие явных сопутствующих патологических проявлений, кроме преждевременного полового развития. Однако изучение данной проблемы показывает, что эта форма наблюдается редко и считать ее физиологическим процессом не представляется возможным.

Профилактика. Предупреждение преждевременного полового развития состоит в охране здоровья родителей, профилактике осложнений беременности и родов (особенно асфиксии и родовых травм), предупреждении и своевременном рациональном лечении инфекционных заболеваний в детском возрасте.

Лечение. При яичниковой форме данной патологии затруднений не представляет. При опухолях показано хирургическое вмешательство (овариотомия). При кистах лечение обычно не требуется (необходимо наблюдение!), потому что они подвергаются регрессу.

При церебральной форме патологии проводится терапия неврологических нарушений. Вопрос о целесообразности торможения преждевременного полового развития изучен недостаточно. Имеются указания о благоприятном действии синтетических прогестинов.

НАРУШЕНИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ

В пубертатном периоде расстройства процесса полового развития чаще всего выражаются в появлении признаков вирилизации. Сравнительно редкой причиной данной патологии являются гормональноактивные опухоли яичников и надпочечников, в которых синтезируются андрогенные гормоны, вызывающие возникновение выраженных признаков маскулинизации (обильный рост волос на лице и теле, понижение тембра голоса, увеличение клитора и др.). Нередко эти опухоли способствуют дефеминизации (прекращение менструаций, уменьшение молочных желез и матки), если они возникают после менархе и появления вторичных половых признаков.

Однако в этом возрасте чаще наблюдаются нарушения полового развития, характеризующиеся нерезко выраженными признаками вирилизации (так называемая стертая вирилизация). Мало выражены такие симптомы, как гипертрихоз, увеличение клитора (при пубертатной форме адрено-генитального синдрома), особенности телосложения (некоторая вирилизация фигуры) и др. Характерны нарушения менструальной функции: гипоменструальный синдром, спаниоменорея, реже аменорея.

Признаки стертой вирилизации у большинства больных возникают вскоре после менархе, т. е. в период усиления гормональной функции гипоталамо-гипофизарной системы, яичников и надпочечников. Причиной возникновения данной патологии является нарушение ферментных систем и нормального синтеза гормонов в яичниках и надпочечниках, следствием которого является повышение содержания гормонов с андрогенной активностью. Гиперандрогения, вызывающая нарушение полового развития с признаками стертой вирилизации, может быть связана с расстройством функций диэнцефальной области мозга, регулирующей синтез некоторых гормонов и обменно-вегетативные процессы.

Яичниковая форма стертой вирилизации (слабо выраженный гипертрихоз, гипоменструальный синдром, спаниоменорея, аменорея) зависит от

дефекта ферментных систем в яичниках, ведущего к дефициту эстрогенов и увеличению количества продуктов синтеза стероидов, обладающих андрогенным действием. Обычно наблюдается увеличение яичников, возможно небольшое ожирение.

Данное заболевание можно охарактеризовать как синдром склерокистозных яичников, возникший в период полового созревания.

Надпочечниковая форма вирилизации в период полового созревания представляет собой пубертатную форму адрено-генитального синдрома

Гиперандрогения диэнцефального генеза (это заболевание известно под названием юношеского базофилизма) характеризуется наличием признаков вирилизации, расстройств вегетативной нервной системы и обмена веществ. К симптомам заболевания относятся: нерезко выраженный гирсутизм, ожирение, полосы растяжения кожи на бедрах, животе, молочных железах, акроцианоз, гипергидроз, тахикардия, нарушение терморегуляции. Нередко отмечается ускорение полового созревания, но менструальная функция не устанавливается.

Наряду с редкими и скудными менструациями (гипоменструальный синдром) могут возникать продолжительные менструации (ювенильные кровотечения).

Диагностика. Распознавание указанных нарушений основано на применении эндокринологических (экскреция гормонов, специальные гормональные пробы), рентгенологических (гинекография, краниография и др.), биохимических, неврологических, антропометрических и других методов исследования.

При яичниковой форме (склерокистоз яичников) решается вопрос о клиновидной резекции яичников, при адрено-генитальном синдроме применяют преднизолон, при гиперандрогении диэнцефального генеза — дегидратационные средства, витамины, антигистаминные препараты, эндоназальный электрофорез витамина B_1 и другие методы терапии. Имеются указания на успех применения синтетических прогестинов.

Необходимо отметить, что изучение патогенеза, методов диагностики и лечения всех указанных нарушений продолжается.

ЗАДЕРЖКА ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

К задержке полового развития относят отсутствие или недоразвитие вторичных половых признаков в 13—14 лет и отсутствие менархе в возрасте 15—16 лет. Причиной задержки полового развития могут быть расстройства механизмов регуляции деятельности половой системы или первичная функциональная недостаточность яичников.

Основные жалобы: отсутствие или выраженное недоразвитие вторичных половых признаков, первичная аменорея или (реже) нерегулярные редкие менструации (спаниоменорея).

При задержке полового развития центрального генеза (расстройства механизмов, регулирующих развитие и функции половой системы) удается отметить указания на наследственную отягощенность (нарушения менструальной и репродуктивной функций у матерей и сестер больных) и частоту инфекционных заболеваний в детском возрасте.

У девочек наблюдаются относительно высокий рост (за счет удлинения ног), длинные руки, некоторое уменьшение размеров таза (евнухоидное телосложение), значительное недоразвитие молочных желез, гипоплазия наружных и внутренних половых органов.

Экскреция фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов гипофиза понижена, что определяет недостаточность активирующего их влияния на яичники. В связи со снижением гонадотропной функции гипофиза происходит недостаточный синтез и выделение эстрогенных гормонов яичников. При введении хориального гонадотропина гормональная активность яичников повышается, что указывает на вторичный характер гипофункции яичников.

В профилактике этой формы задержки полового развития существенную роль играют устранение эндокринных нарушений у матери, предупреждение инфекционных заболеваний у детей, гимнастика, рациональное питание.

Лечение. Комплексное: правильный режим, рациональное питание, применение эстрогенных препаратов, способствующих развитию вторичных половых признаков, половых органов, усилению выделения гонадотропинов).

Задержка полового развития яичникового генеза характеризуется значительным недоразвитием вторичных половых признаков, особенно молочных желез. В телосложении отмечаются следующие особенности: увеличение окружности грудной клетки, уменьшение размеров таза. При гинекографии обнаруживаются гипоплазия матки и уменьшение размеров яичников. Кольпоцитологическое исследование указывает на выраженную эстрогенную недостаточность. Выделение фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормона гипофиза повышено, имеет хаотический (нециклический) характер. Это объясняется тем, что не установились нормальные связи между системой гипоталамус — гипофиз — яичники вследствие неполноценной функции последних. Стимуляции яичников в ответ на введение хориального гонадотропина не происходит.

Происхождение данной патологии недостаточно ясно. Установлена частота заболеваемости в детстве коревой краснухой, эпидемическим паротитом и другими инфекционными заболеваниями, которые могут оказать отрицательное влияние на фолликулярный аппарат яичников. Не исключаются генетически обусловленные нарушения ферментных систем, ответственных за синтез гормонов в яичниках.

В профилактике заболевания имеет важное значение предупреждение инфекционных заболеваний в детском возрасте.

С лечебной целью применяют эстрогены и препараты желтого тела (заместительная терапия), что способствует развитию вторичных половых признаков, матки, наружных половых органов и костной системы.

ОТСУТСТВИЕ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ — ДИСГЕНЕЗИЯ ГОНАД (см. с. 361)

Изучение этиологии, патогенеза, диагностики, профилактики и лечения нарушений полового развития продолжается.

НЕДОРАЗВИТИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ (ГЕНИТАЛЬНЫЙ ИНФАНТИЛИЗМ)

Под инфантилизмом понимают задержку развития организма и наличие в зрелом возрасте анатомических и функциональных особенностей, свойственных детскому и юношескому возрасту. Если задержка развития распространяется на все органы и системы, инфантилизм будет общим (infantilismus universalis). При отставании развития одной системы — сердечно-

сосудистой, костной, половой — возникает частичный инфантилизм (infantilismus partialis). В акушерско-гинекологической практике нередко наблюдается недоразвитие половой системы (infantilismus genitalis).

Недоразвитие половой системы часто сочетается с признаками общего инфантилизма или с задержкой развития отдельных систем — сердечно-сосудистой, костной и др. Однако генитальный инфантилизм может наблюдаться и у хорошо развитых женщин, отличающихся высоким ростом и правильным телосложением.

Этиология. Причиной возникновения инфантилизма являются нарушения питания (в частности, гиповитаминоз) и тяжелые хронические заболевания, перенесенные в детстве или в период полового созревания, интоксикации, расстройства функции желез внутренней секреции. Не исключаются влияние повреждающих факторов в антенатальном периоде онтогенеза и наследственные факторы.

Непосредственной причиной недоразвития матки и других отделов половой системы является задержка развития яичников и понижение их внутрисекреторной функции.

Симптоматология. Генитальный инфантилизм характеризуется следующими признаками: на лобке скудное оволосение, малые и большие половые губы недоразвиты, промежность втянутая (корытообразная), влагалище узкое, короткое, с резко выраженными складками, своды неглубокие, шейка матки длинная, влагалищная часть конической формы, тело маленькое, уплощенное. Нередко наблюдается остроугольная антефлексия с одновременной ретропозицией; может быть подвижная ретрофлексия матки. Маточные трубы удлинены, тонки, извилисты, яичники небольших размеров, гладкие, плотные. Для инфантилизма типичны соотношения размеров шейки и тела матки, свойственные детскому возрасту: длинная шейка матки при коротком теле матки; при значительном недоразвитии шейка матки длиннее ее тела.

Различаются следующие степени недоразвития матки: 1) uterus foetalis (зародышевая матка), длина ее меньше 3,5 см; 2) uterus infantilis (детская матка), длина ее от 3,5 до 5,5 см; 3) uterus pubescens (девственная матка), длина ее от 5,5 до 7 см.

Как упоминалось, при генитальном инфантилизме нередко встречаются признаки общего недоразвития: небольшой рост, общеравномерносуженный таз юношеского типа, детские пропорции тела, капельное сердце, узкая аорта, энтероптоз и др. Рост может быть высоким, телосложение евнухоидное.

При инфантилизме наблюдаются нарушения:

а) менструальной функции (аменорея и гипоменструальный синдром, меноррагии, дисменорея);

б) половой функции (понижение или отсутствие полового чувства);

в) детородной функции (бесплодие, выкидыши, внематочная беременность) и родов (слабость родовых сил, гипотонические кровотечения);

г) секреторной функции (гипосекреция, гиперсекреция желез шейки и тела матки).

Инфантилизму присущи симптомы функциональных расстройств сосудистой и нервной системы.

Инфантилизм в известной мере определяет характер клинического течения воспалительных заболеваний половой сферы; гонорейная и туберкулезная инфекции имеют наклонность к быстрому распространению.

Инфантильную матку принято отличать от гипопластической. Гипопластическая матка (uterus hypoplasticus) имеет нормальную форму и нормаль-

ные соотношения между телом и шейкой матки (тело длиннее шейки матки), но общая величина органа небольшая. Гипоплазия матки является также результатом задержки развития или возникает вторично вследствие понижения функции яичников (лактация, заболевания).

Лечение. Лечение недоразвития половых органов представляет сложную задачу, особенно при значительной степени этого страдания. При uterus foetalis, являющейся показателем резкой задержки развития, терапевтические мероприятия нередко бывают безуспешными. Лечение недоразвития основывается на применении общеукрепляющих мер, половых гормонов и средств, способствующих усилению кровообращения в половой системе. Назначают полноценное, богатое витаминами питание, лечебную гимнастику, спорт, правильное чередование труда и отдыха. Целесообразно санаторно-курортное лечение, морские купания. По показаниям применяют медикаментозные средства, укрепляющие нервную систему, активирующие кроветворение и устраняющие болевые явления при менструации.

Лечение половыми гормонами сообразуется со степенью недоразвития или существующими симптомами. При резкой задержке развития вначале применяют эстрогены в течение 2—3 мес (рост матки), а затем переходят к циклическому применению эстрогенов и прогестерона. При менее выраженном недоразвитии циклическое лечение назначают сразу. Целесообразно применение диатермии, грязелечения, тепловых процедур. Необходимо учесть благоприятное влияние наступления беременности, способствующей развитию половых органов.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Аномалии развития матки и влагалища. Полное отсутствие матки встречается только у нежизнеспособных уродов, с другими тяжелыми пороками развития.

Полное отсутствие влагалища (aplasia vaginae) обычно бывает следствием недостаточного развития нижних отделов мюллеровых протоков. Матка, маточные трубы и яичники при аплазии влагалища нередко имеют признаки задержки развития; матка часто бывает рудиментарной (мышечный тяж, лишенный полости). У некоторых женщин матка не имеет аномалий развития. Яичники расположены на уровне безымянной линии или выше. Функция яичников понижена. У некоторых женщин наблюдается двухфазные циклические изменения базальной температуры и экскреции эстрогенов и прегнандиола. Наружные половые органы развиты правильно или отмечается их гипотрофия. Телосложение женского типа, кариотип 46XX; некоторые авторы указывают на возможность мозаицизма.

Аплазия влагалища сопровождается аменореей (истинной или ложной); половая жизнь невозможна. Отсутствие менструаций, неудовлетворенность половой жизнью и невозможность забеременеть вынуждают больных настаивать на применении радикальных методов лечения.

Лечение. Аплазию влагалища можно устранить только хирургическим путем. Для создания искусственного влагалища используют кожный лоскут или участок резецированной тонкой, сигмовидной или прямой кишки. Применяют также аллопластику. Материал, используемый для создания влагалища, пересаживают в искусственный канал, предварительно проделанный между прямой кишкой, мочеиспускательным каналом и дном мочевого пузыря, соответственно обычному положению влагалища.

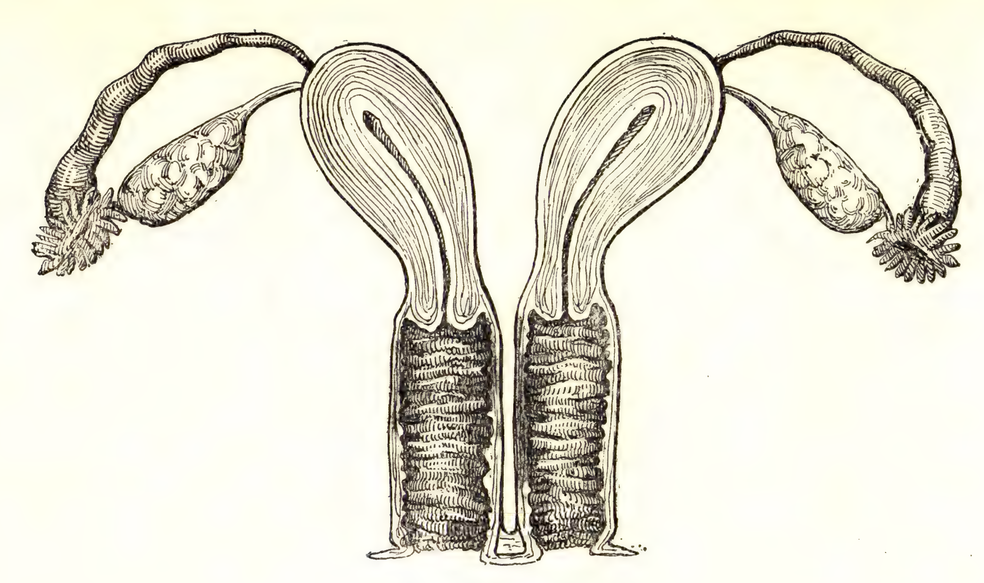


Рис. 220. Uterus didelphys.

В последнее время для создания искусственного влагалища (кольпопоэз) используется брюшина малого таза, которая подтягивается в канал, созданный путем рассечения тканей, расположенных между уретрой и прямой кишкой.

Удвоение матки и влагалища. Этот вид пороков развития возникает вследствие нарушения процесса соединения тех отделов мюллеровых протоков, из которых при нормальном эмбриогенезе образуются матка и влагалище. Отсутствие слияния мюллеровых протоков, ведущее к удвоению матки и влагалища, может сочетаться с нарушением процесса образования полостей в зачатках указанных органов. В результате удвоение осложняется частичным или полным отсутствием полости матки с одной или обеих сторон.

Указанные аномалии (отсутствие слияния и просвета) могут наблюдаться на протяжении всей матки и влагалища или только в некоторых частях этих органов. В связи с этим отмечается разнообразие степени и форм пороков развития данного типа. Наиболее резко выраженной формой является uterus didelphys — наличие двух совершенно самостоятельных половин органов: две матки (у каждой одна труба и один яичник), две шейки и два влагалища (рис. 220). Матка и влагалище располагаются совершенно раздельно, между ними находятся мочевой пузырь и прямая кишка. Обе половины могут быть развиты удовлетворительно или неравномерно; возможно полное или частичное отсутствие полостей в одной или обеих половинах. Этот вид уродства встречается у взрослых чрезвычайно редко. Несколько чаще встречается uterus duplex и vagina duplex (septa). При данной аномалии также существуют две матки, две шейки и два влагалища, но в отличие от первой формы обе системы соприкасаются на ограниченном участке, обычно в области шейки матки (рис. 221). При этом могут быть дополнительные аномалии: неодинаковое развитие обеих половин, полное или частичное отсутствие полости в одной или обеих половинах.

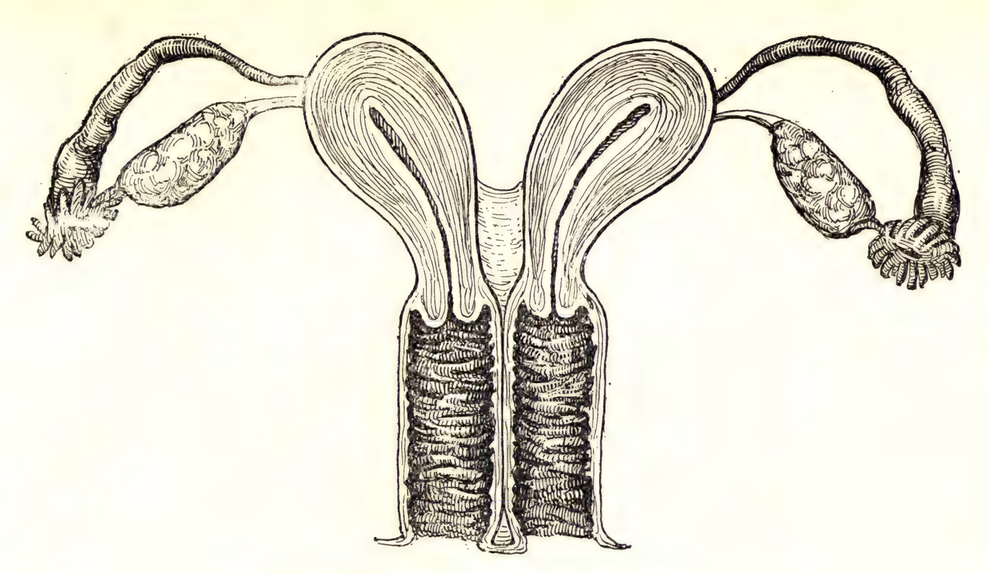


Рис. 221. Uterus duplex, vagina duplex.

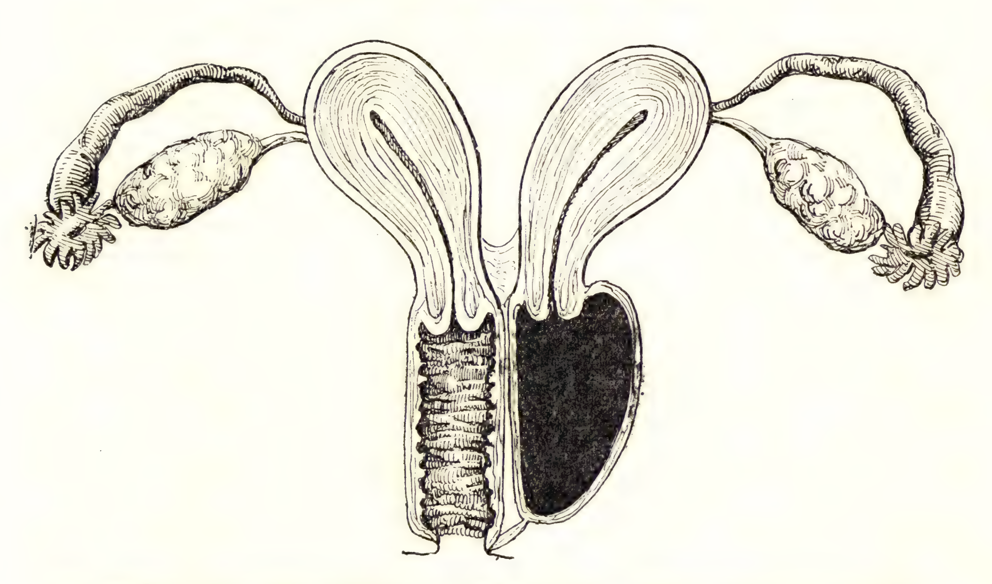


Рис. 222. Haematocolpos lateralis при uterus duplex. Аплазия левого влагалища.

При частичной атрезии одного влагалища возможно скопление в нем менструальной крови из соответствующей матки и образование haematocolpos lateralis (рис. 222). Если в верхнем отделе влагалища существует сообщение, то возможно инфицирование скопившейся крови и образование гнойника в атрезированном влагалище. При наличии полости в рудиментарном роге матки и аплазии соответствующего влагалища происходит скопление менструальной крови в замкнутой полости данного рога (haematometra). В рудиментарный рог, имеющий трубу, может проникнуть оплодотворенная яйцеклетка. Беременность в рудиментарном роге протекает

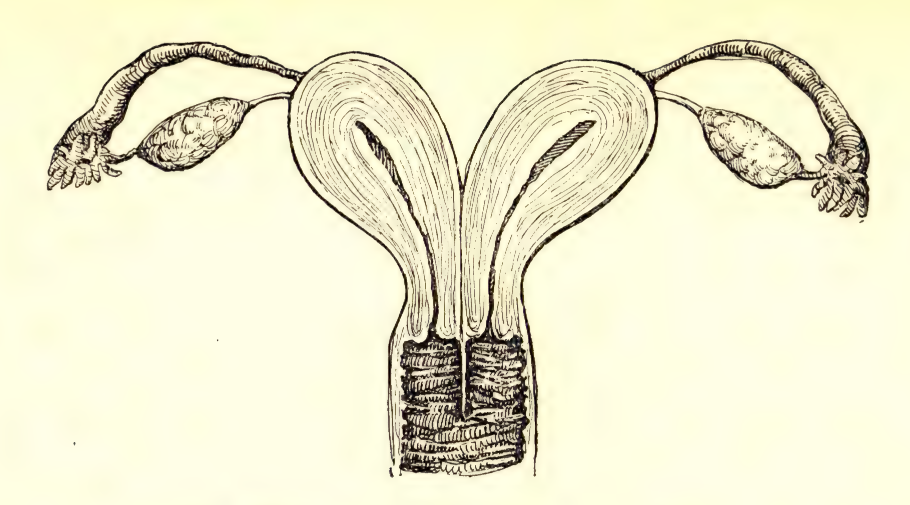


Рис. 223. Uterus bicornis bicollis vagina subsepta.

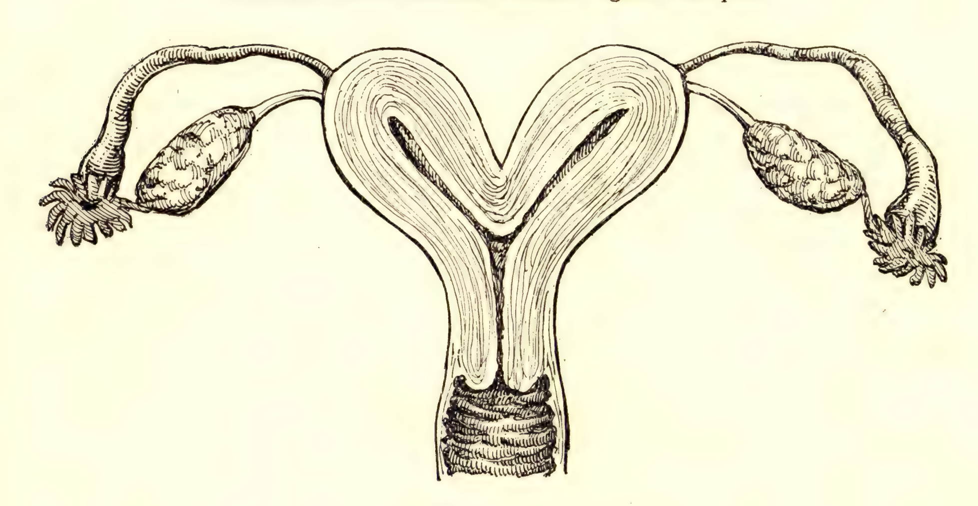


Рис. 224. Uterus bicornis unicollis.

по типу внематочной (трубной) беременности и подлежит хирургическому лечению.

При наличии разделения в области тела матки и слияния (соединения) в области шейки матки образуется двурогая матка — uterus bicornis.

При двурогой матке могут быть две шейки, тесно прилегающие друг к другу, — uterus bicornis bicollis (рис. 223). При этом влагалище может иметь обычное строение (vagina simplex) или в нем существует частичная перегородка (vagina subsepta).

При двурогой матке может быть одна шейка, образовавшаяся вследствие полного соединения обеих половин — uterus bicornis unicollis (рис. 224).

Двурогость может быть выражена незначительно. Возможно почти полное слияние рогов, за исключением области дна, где образуется седловидное углубление — uterus arcuatus (рис. 225).

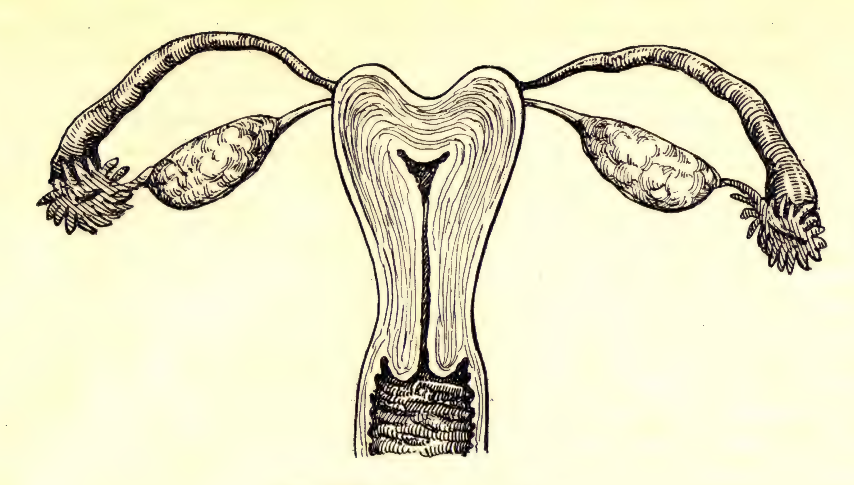


Рис. 225. Uterus arcuatus.

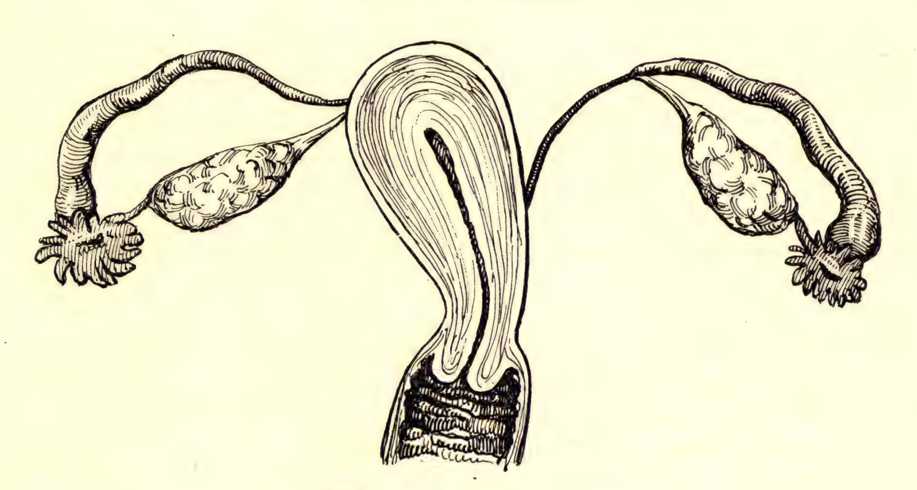


Рис. 226. Uterus pseudounicornis.

При наличии седловидной матки в ней может существовать перегородка, распространяющаяся на всю полость (uterus arcuatus septus), или частичная перегородка в области дна или шейки матки (uterus subseptus).

При наличии частичной перегородки наружная форма матки может быть обычной.

При удовлетворительном развитии одного рога матки и резко выраженном рудиментарном состоянии другого образуется однорогая матка — uterus unicornis, вернее pseudounicornis (рис. 226). Наблюдается также рудиментарное строение обоих рогов, которые частично или полностью лишены полостей. Рудиментарные рога могут быть разделенными или слившимися.

Происхождение данного вида аномалий развития матки связано с действием повреждающих факторов в первые 3 мес внутриутробной жизни или с генетическими факторами. У женщин с пороками развития матки нередко отмечается отягощенная наследственность, у потомства — повышена частота аномалий развития.

Симптоматология. Удвоение матки и влагалища может протекать бессимптомно. При достаточно хорошем развитии обеих или даже одной половины матки (также при удвоении влагалища) менструальная и половая функции могут оставаться нормальными. Беременность может быть то в одной, то в другой полости матки; вполне возможно нормальное течение родов и послеродового периода. Однако данный вид пороков развития нередко сочетается с задержкой развития матки и яичников.

Если различные степени удвоения сочетаются с недоразвитием яичников и матки, возникают симптомы, присущие задержке развития: нарушения менструальной, половой и детородной функций. В частности, нередко наблюдаются гипофункция яичников, повторные самопроизвольные выкидыши, слабость родовых сил, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах и др. При частичном закрытии полостей, как уже упоминалось выше, возможно скопление менструальной крови в полости влагалища и матки. Эта патология проявляется в период полового созревания, после возникновения менструальной функции. Скопление крови в замкнутых полостях (односторонний гематокольпос и гематометра) сопровождается возрастающей альгоменореей.

Диагностика. Распознавание удвоений матки и влагалища в большинстве случаев не представляет трудностей и осуществляется при помощи обычных методов исследования (бимануальное, при помощи зеркал, зондирование и др.). При необходимости применяют метрографию, лапароскопию, пневмопельвиографию и др.

Лечение. Удвоение матки и влагалища, протекающие бессимптомно, лечения не требуют. При наличии перегородки во влагалище, препятствующей изгнанию плода, производится ее рассечение. При наличии симптомов недоразвития проводится лечение по правилам, принятым для данной аномалии. Скопление менструальной крови в атрезированном влагалище или в рудиментарной матке требует хирургического лечения. При uterus bicornis хирургическим путем исправляется форма матки и создается единая полость: устраняются перегородки в матке. Хирургическое лечение при двурогой матке и при наличии в ее полости перегородок проводится по показаниям (самопроизвольные аборты). При возникновении беременности в рудиментарном роге производится чревосечение и удаление беременного рога.

Гинатрезии. Гинатрезия — нарушение проходимости полового канала в области девственной плевы (atresia hymenalis), влагалища (atresia vaginalis) или в матке (atresia uterina).

Гинатрезии возникают вследствие рубцевания после воспалительных процессов, перенесенных в период внутриутробного развития (врожденная атрезия). Некоторые считают, что атрезии могут быть следствием врожденных дефектов мюллеровых протоков, но это положение является спорным.

Воспалительные заболевания, перенесенные в детстве или зрелом возрасте (дифтерия, септическая инфекция и т. д.), также могут вести к рубцеванию и закрытию просвета того или иного отдела полового канала (приобретенная гинатрезия). В зрелом возрасте рубцовые сращения в области внутреннего зева канала шейки и в полости матки могут возникнуть в результате грубого выскабливания матки (аборт, инструментальное удаление части плаценты после родов и др.).

Атрезия девственной плевы обнаруживается в период полового созревания или с наступлением половой зрелости, когда выявляется отсутствие менструаций. Кровь, выделяющаяся при менструации, скапливается во

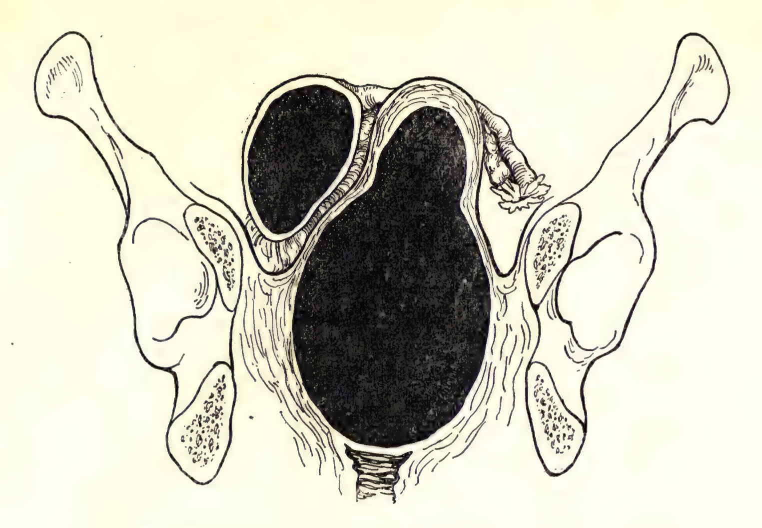


Рис. 227. Haematocolpos, haematometra, haematosalpinx.

влагалище, растягивая его стенки (haematocolpos). Переполненное кровью влагалище приобретает опухолевидную форму, верхний полюс его, на котором располагается небольшая плотная матка, находится выше плоскости входа в малый таз. При значительном растяжении влагалища могут возникнуть симптомы сдавления мочевого пузыря и кишечника, тянущие боли в пояснице, а также схваткообразные боли и недомогание в дни, соответствующие менструации.

Если атрезия девственной плевы не устраняется длительное время, кровь начинает растягивать полость матки (haematometra) и труб (haematosalpinx) (рис. 227).

Диагностика. Распознавание атрезии девственной плевы не представляет затруднений. При осмотре обнаруживается сплошная, слегка выпячивающаяся наружу синеватая девственная плева (давление и просвечивание крови). Ректоабдоминальным исследованием в области влагалища выявляется опухолевидное эластическое образование, на верхушке которого определяется матка.

Лечение. Сводится к крестообразному разрезу девственной плевы и удалению всего содержимого влагалища. Операция производится с тщательным соблюдением асептики; с целью профилактики повторной атрезии следует на края разреза наложить швы.

Атрезии влагалища могут локализоваться в верхнем, среднем или нижнем отделе влагалища и имеют различную протяженность. Основным симптомом является отсутствие менструаций (аменорея). Скопление крови происходит выше атрезии; постепенно заполняются и растягиваются канал шейки матки и полость матки (haematometra). Матка и трубы растягиваются, истончаются, приобретают эластическую консистенцию.

При атрезии канала шейки или нижнего сегмента матки менструальная кровь задерживается в полости матки, которая превращается в округлое, эластическое образование. В дальнейшем кровь проникает в полость труб.

При закрытии абдоминальных отверстий маточных труб возникает двусторонний гематосальпинкс.



Рис. 228. Дисгенезия гонад. Матка рудиментарная, в области яичников видны тяжи.

Гематометра и гематосальпинкс представляют опасность в том отношении, что могут привести к разрыву стенки матки или трубы с последующим излитием содержимого в брюшную полость, мочевой пузырь или прямую кишку (разрывы гематометры). Возможно возникновение перитонита.

Лечение. Хирургическое. Операцию производят осторожно, соблюдая все правила асептики. При атрезии влагалища производится расщепление заросшего пространства; при наличии обширной атрезии расщепление завершается пластической операцией: с этой целью производят пересадку резецированной кишечной трубки, кожи брюшины, применяют аллопластические средства; операция при обширной атрезии влагалища является сложной.

Аномалии развития половой железы. Полное отсутствие яичников (aplasia ovariorum) встречается чрезвычайно редко. Существует мнение, что этот порок развития может быть только у нежизнеспособных детей с уродствами, несовместимыми с жизнью.

В литературе опубликованы единичные наблюдения о наличии аплазии яичников у взрослых женщин. При аплазии яичников наблюдается ненормальный рост (низкий, в редких случаях высокий), психическое недоразвитие, задержка развития наружных половых органов, влагалища и матки.

Одностороннее отсутствие яичника наблюдается иногда при однорогой матке. Яичник отсутствует на той стороне, где нет мюллерова хода, из которого могли бы образоваться труба и половина матки. Однако при однорогой матке чаще бывают развиты оба яичника.

Недостаточное анатомическое и функциональное развитие яичников обычно сочетается с недоразвитием других отделов половой системы.

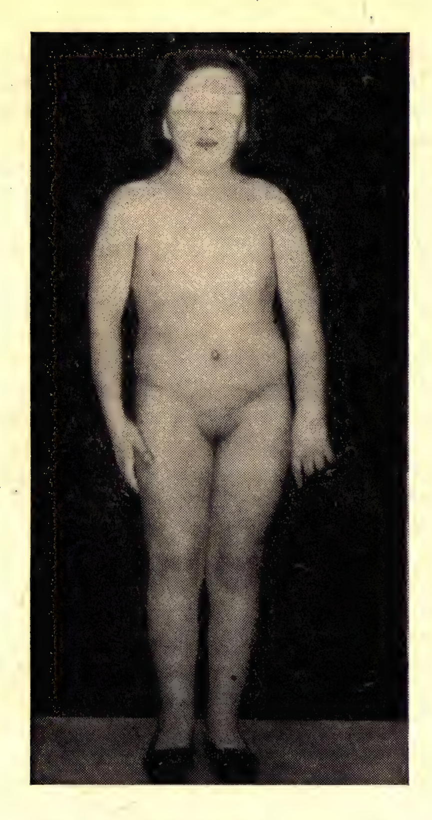


Рис. 229. Дисгенезия гонад (типичная форма).

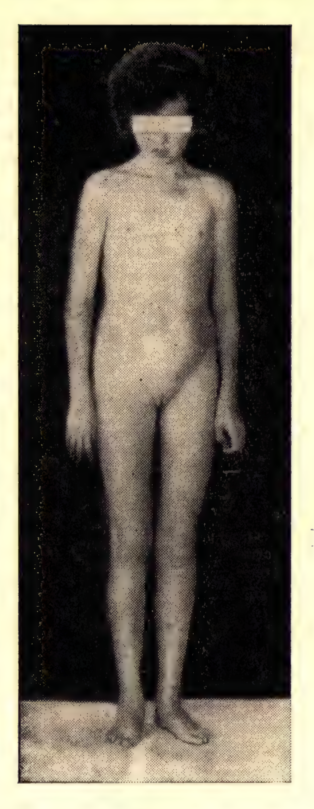


Рис. 230. Дисгенезия гонад (чистая форма).

Добавочные яичники встречаются редко, возникают в эмбриональном периоде вследствие отшнуровывания части зачатка яичника. Добавочный яичник имеет вид небольшого образования, располагающегося на ножке у края основного яичника. Возможность образования самостоятельного третьего яичника оспаривается. Добавочные яичники практического значения не имеют.

Дисгенезия гонад (яичников) — редкая форма аномалии развития зачатка яичника, возникающая в ранних стадиях эмбриогенеза. Яичники представляют собой соединительнотканные тяжи (рис. 228), которые могут содержать отдельные скопления клеточных элементов коркового или мозгового слоя; матка рудиментарная, наружные половые органы недоразвиты.

Дисгенезия гонад часто связана с хромосомными нарушениями. Наряду с этим наблюдаются изменения в содержании полового хроматина (обычно снижение его).

По клинической картине, определяющей степень нарушения развития яичников и других изменений в организме, различается несколько форм дисгенезии гонад.

Т и п и ч н а я ф о р м а дисгенезии гонад (синдром Шерешевского — Тернера) характеризуется наличием выраженных соматических аномалий: низкий рост, широкие плечи, узкий таз, короткая шея с крыловидными

складками, низкая линия волосяного покрова на шее, вальгусная девиация локтевых и коленных суставов и др. (рис. 229). Нередко наблюдаются пороки развития почек, сердца, остеопороз и другие аномалии. Типичны признаки задержки полового развития: молочные железы не развиты, половое оволосение отсутствует, резкая гипоплазия наружных половых органов, влагалища и матки, на месте яичников — соединительнотканные тяжи, первичная аменорея. Экскреция эстрогенов снижена, половой хроматин снижен или отсутствует, кариотип 45XO, 46XX (46XO) и другие хромосомные аномалии. Интеллектуальное развитие обычное.

Признаки типичной формы дисгенезии гонад могут быть нерезко выраженными (стертая форма).

«Чистая» форма дисгенезии гонад. При данной форме дисгенезии соматические аномалии отсутствуют, рост обычный или выше среднего (с признаками евнухоидного телосложения), молочные железы не развиты, половое оволосение скудное или отсутствует (рис. 230), гипоплазия наружных половых органов, влагалища и матки, яичники рудиментарные, резкое снижение экскреции эстрогенов, первичная аменорея. Половой хроматин отрицательный, наблюдаются хромосомные нарушения (кариотип 46XУ, 46XX, 450 (46XX и др.).

Смешанная форма дисгенезии гонад представляет собой аномалии, сочетающие черты чистой формы с проявлениями типичной формы дисгенезии гонад. У больных данной группы могут отсутствовать соматические аномалии при нормальном росте на фоне вирильности. Нередко у больных рост бывает низким при наличии ряда соматических аномалий.

При смешанной форме дисгенезии отмечается задержка развития молочных желез, иногда наблюдается гипертрихоз, а также некоторое увеличение клитора на фоне гипоплазии половых органов. На месте половых желез тяжи, иногда отмечается наличие одностороннего дисгенетичного тестикула.

Лечение сводится к коррекции резко выраженных эндокринных нарушений. Обычно прибегают к заместительной терапии препаратами половых гормонов.

Гермафродитизм. Термин «гермафродитизм» означает наличие у индивидуума развитых в анатомическом и функциональном отношениях половых органов обоего пола. В связи с тем что пол определяется характером половых желез, предложено считать истинным гермафродитизмом (hermaphroditismus verus) такой порок развития, при котором у плода развиваются одновременно элементы мужской и женской половой железы. Различают следующие виды истинного гермафродитизма: а) латеральный — с одной стороны находят элементы яичника, с другой — яичка; б) билатеральный — в клетках гонада содержит специфические элементы яичника и семенника (ovotestis); в) унилатеральный — редчайшая форма, при которой яичник и семенник сформированы отдельно и находятся с одной стороны. Строение наружных половых органов может быть ближе к женскому или мужскому полу; внутренние половые органы сформированы по женскому типу (матка, маточные трубы и влагалище) и бывают недоразвитыми.

При гистологическом исследовании половых желез обычно определяется недостаточное развитие фолликулярного аппарата яичниковой ткани и тестикулярных элементов. Развитие гонад не достигает степени, при которой возможно созревание яйцеклеток и образование зрелых сперматозоидов. На этом основании некоторые авторы отрицают существование истинного гермафродитизма.

Пороки развития, описываемые как гермафродитизм, обычно относятся к псевдогермафродитизму.

Псевдогермафродитизм. Порок развития, при котором строение половых органов индивидуума не соответствует характеру половых желез.

При ложном женском псевдогермафродитизме яичники сформированы правильно, внутренние половые органы развиты по женскому типу (есть матка, маточные трубы, влагалище). Наружные половые органы сформированы по типу, приближающемуся к мужскому: клитор увеличен (напоминает penis), сросшиеся по средней линии большие половые губы образуют подобие мошонки, мочеиспускательный канал и влагалище в нижней трети не разделены, образуют уро-генитальный синус, открывающийся под увеличенным клитором (рис. 231). При некоторых формах ложного гермафродитизма вторичные половые признаки развиваются по мужскому типу.

Черты ложного женского псевдогермафродитизма наблюдаются при врожденном адрено-генитальном синдроме.

Нарушение развития наружных половых органов у плода женского пола может произойти, если мать во время беременности получала большие дозы андрогенов или прогестерона, а также в том случае, если у матери имеется опухоль, секретирующая андрогены. Наружные половые органы напоминают мужские: увеличен клитор, соединены большие половые губы и др. Это индуцированная форма адрено-генитального синдрома (ложного женского псевдогермафродитизма).

Лечение состоит в хирургической коррекции наружных половых органов.

Ложный женский гермафродитизм (АГС), вызванный вирилизирующей опухолью надпочечников. Опухоль ретикулярной зоны надпочечников, секретирующая андрогены, вызывает вирилизацию: оволосение по мужскому типу, увеличение клитора, огрубение голоса. Опухоль развивается в постнатальном периоде, поэтому



Рис. 231. Наружные половые органы при женском псевдогермафродитизме.

нарушение строения наружных половых органов выражается только в гипертрофии клитора (такая же вирилизация может произойти у женщины при возникновении омужествляющей опухоли яичника).

Лечение — удаление опухоли.

Гипоспадия — полное или частичное отсутствие уретры вследствие задержки развития нижнего отдела мочеполовой пазухи. Мочевой пузырь или недоразвитая уретра соединяется с уро-генитальным синусом.

Эписпадия — полное или частичное расщепление передней стенки уретры. Эта редкая аномалия обычно сочетается с полным или частичным расщеплением мочевого пузыря и отсутствием сращения лонных костей.

К аномалиям развития, имеющим отношение к половым органам, относятся anus vestibularis и anus vaginalis. При первой форме аномалии прямая кишка открывается в области преддверия влагалища ниже девственной плевы, при второй — во влагалище.

Устранение указанных аномалий развития уретры, мочевого пузыря и прямой кишки возможно оперативным путем.

ГЛАВА XIII
БЕСПЛОДИЕ

Бесплодие (sterilitas) — отсутствие способности к оплодотворению у женщин (женское бесплодие) или у мужчин (мужское бесплодие). Бесплодие женщины не следует смешивать с другими расстройствами генеративной функции, а именно с невынашиванием (самопроизвольные аборты и преждевременные роды).

При бесплодии беременность не наступает совсем вследствие нарушения сложнейших процессов, способствующих зачатию.

Промежуток времени, по истечении которого брак считается бесплодным, определяется разными авторами от 2 до 5 лет. Правильнее считать брак бесплодным, если беременность не наступает в течение 2 лет. Установление бесплодия в указанный срок служит основанием для применения раннего лечения, что значительно улучшает прогноз.

Различают бесплодие первичное и вторичное. Первичным бесплодие считают в том случае, если у женщины ни разу не было беременности при браке, продолжающемся более 2 лет. Вторичным называется бесплодие, возникающее после одних или многократных родов, абортов или внематочной беременности.

Существует условное понятие об абсолютном и относительном бесплодии. Под абсолютным бесплодием понимают такое состояние, когда в организме мужчины или женщины имеются нарушения, исключающие возможность зачатия (например, отсутствие половых желез, матки и др.). Бесплодие считают относительным, если причина, вызвавшая его, может быть устранена при соответствующем лечении.

По данным литературы, бесплодие встречается в 10—15% всех браков. Причиной его женское бесплодие бывает в 60—70%, мужское — в 30—40% случаев.

Бесплодие отрицательно влияет на уровень рождаемости и нередко служит источником разлада семейных отношений, поэтому борьба с ним имеет определенное значение для увеличения народонаселения и укрепления семьи.

ПРИЧИНЫ БЕСПЛОДИЯ ЖЕНЩИНЫ

Бесплодие представляет собой не самостоятельную болезнь, а симптом различных заболеваний. Нарушения и заболевания, обусловливающие возникновение бесплодия, многообразны. Наиболее частыми причинами бесплодия у женщин являются воспалительные заболевания половых ор-

ганов, эндокринные нарушения, высокая степень инфантилизма. Имеют значение травмы и аномалии развития половых органов, иммунологические изменения и другие факторы. Нередко бесплодие бывает следствием нескольких взаимно связанных причин.

1. Воспалительные заболевания половых органов, главным образом двусторонний сальпингит, часто ведущий к нарушению проходимости маточных труб, являются наиболее частой причиной бесплодия женщины. Особенно часто наблюдается непроходимость труб при гонорейном сальпингите, который обычно бывает двусторонним. Бесплодие часто возникает на почве воспалительных заболеваний после аборта или патологических родов. Возбудителями таких заболеваний могут быть стафилококки, стрептококки, гонококки и другие микробы. Однако септическая инфекция реже приводит к двустороннему поражению с облитерацией маточных труб и в связи с этим среди причин бесплодия занимает, по-видимому, более скромное место, чем гонорейная инфекция. Бесплодие после аборта может быть вызвано не только сальпингитом, но также воспалительными и дистрофическими процессами в эндометрии, нарушениями функции яичников и других желез внутренней секреции. Особенно неблагоприятны последствия первого аборта при явлениях инфантилизма.

Туберкулезное поражение придатков матки обычно сопровождается бесплодием, но такие заболевания туберкулезной этиологии встречаются сравнительно редко. Поэтому генитальный туберкулез имеет меньший удельный вес среди других инфекций, ведущих к бесплодию. Однако о туберкулезе всегда надо помнить при исследовании женщин, страдающих бесплодием, особенно первичным.

Возникновение бесплодия при сальпингитах связано с образованием рубцов и спаек, нарушающих проходимость труб. Возникает механическое препятствие для оплодотворения, так как нарушаются условия, способствующие соединению яйцеклеток со сперматозоидами.

При бесплодном браке непроходимость труб, по одним данным, встречается в 44% случаев, по другим — в 65%. Нарушение проходимости маточных труб наблюдается не только при грубых изменениях (сактосальпинксы, конгломератные опухоли), но и при последствиях перенесенного сальпингита, не определяемых во время бимануального исследования. У 18% первично бесплодных и у 15% вторично бесплодных женщин при непроходимых маточных трубах воспалительные процессы в придатках матки пальпаторно не обнаруживались.

Кроме непроходимости труб, возникновению бесплодия при сальпингите способствуют нарушения их двигательной активности, дистрофические процессы в слизистой оболочке и другие изменения, препятствующие оплодотворению.

Воспалительные заболевания яичников ведут к бесплодию реже, чем сальпингиты. Однако при хроническом оофорите и периоофорите могут возникнуть условия, нарушающие овуляцию, в связи с чем яйцеклетка в брюшную полость и в трубу не поступает. Спайки и сращения вокруг яичника (периоофорит) могут препятствовать проникновению в трубу яйцеклетки, выходящей из яичника при нормальной овуляции. Следует учитывать, что бесплодие при воспалительных заболеваниях может быть связано с нарушением эндокринной функции яичников (гипофункция, ановуляция и др.).

Воспалительные заболевания шейки матки (эндоцервициты, эрозии) нередко сопровождаются бесплодием. Нарушение генеративной функции при этих заболеваниях связано с тем, что секрет шеечных желез приобре-

тает густую консистенцию и нередко кислую реакцию. Чрезмерная вязкость шеечного секрета тормозит передвижение сперматозоидов, а кислая реакция действует на них токсически. При эндоцервицитах отрицательную роль может играть нарушение функции покровного реснитчатого эпителия канала шейки матки. По клиническим наблюдениям, излечение эндоцервицитов и эрозий способствует наступлению беременности.

Роль кольпитов в этиологии бесплодия сравнительно невелика. Имеются указания, что гнойные бели, а также повышение кислотности влагалищного содержимого приводят к гибели сперматозоидов. Неблагоприятно влияет также переход реакции влагалищного содержимого из кислой в щелочную.

2. З а б о л е в а н и я ж е л е з в н у т р е н н е й с е к р е ц и и часто ведут к бесплодию. Бесплодие эндокринного происхождения обычно сопутствует тяжелым формам заболеваний желез внутренней секреции. Однако это нарушение репродуктивной функции нередко возникает при эндокринных нарушениях с нерезко выраженными клиническими симптомами.

Причиной бесплодия могут быть так называемые первичные патологические процессы в яичниках (первичное поражение яичников), а также изменения, возникшие вторично в связи с заболеваниями других желез внутренней секреции. Такое деление условно потому, что существует теснейшая функциональная взаимосвязь между яичником и другими железами внутренней секреции начиная с ранних стадий онтогенеза.

К первичному поражению яичников, ведущему к бесплодию, можно отнести такие патологические процессы, как дисгенезия гонад, аплазия и выраженное недоразвитие (гипоплазия) яичников, некоторые формы склерокистоза яичников (склерокистоз яичникового генеза), поражение фолликулярного аппарата в результате перенесенных (особенно в детском возрасте) инфекционных заболеваний и интоксикаций. Механизм возникновения бесплодия при поражениях яичников сводится к отсутствию овуляции и снижению (или отсутствию) синтеза гормонов яичника, необходимых для нормального созревания яйцеклетки, оплодотворения и ее транспорта.

Изменения, вызывающие бесплодие, могут возникнуть вторично в связи с заболеваниями гипофиза, щитовидной железы, надпочечников и других эндокринных органов. К бесплодию ведут патологические процессы в области гипоталамуса и гипофиза опухоли, кисты, некроз передней доли гипофиза и др., акромегалия, микседема, выраженный гипертиреоз, аддисонова болезнь, тяжелые формы сахарного диабета, болезнь Иценко — Кушинга, выраженные формы адрено-генитального синдрома. Способность к зачатию нередко нарушается при гипофизарной, тиреогенной и других формах ожирения. К этой же группе заболеваний условно можно отнести склерокистозные изменения в яичниках, которые сочетаются с гиперплазией коры надпочечников и связаны с нарушениями гипоталамо-гипофизарной системы.

Возникновение бесплодия при указанных заболеваниях желез внутренней секреции обусловлено расстройством функций гипоталамо-гипофизарной системы, секреции релизинг-факторов и гонадотропных гормонов. В связи с этим нарушаются эндокринная функция яичников и процесс овуляции.

В возникновении бесплодия определенную роль играют ановуляторные (монофазные) циклы (см. главу III), связанные с клинически нерезко выраженными изменениями функций гипоталамо-гипофизарной системы и периферических желез внутренней секреции.

При всех указанных видах патологии, ведущих к бесплодию, наблюдаются процессы роста и созревания фолликула, но овуляция не происходит. Растущий фолликул не достигает полной степени зрелости и подвергается обратному развитию (по типу атрезии фолликулов). Этому обычно сопутствует нарушение эндокринной функции яичников. Обычно отмечается отсутствие второй (лютеиновой) фазы менструального цикла, связанное с ановуляцией и отсутствием желтого тела и прогестерона. Значительно реже наблюдаются признаки, указывающие на неполноценную лютеиновую фазу менструального цикла (короткая фаза развития, пониженная продукция прогестерона). Бесплодию эндокринного происхождения обычно сопутствует снижение синтеза эстрогенных гормонов, варьирующее в значительных пределах. Недостаточность эстрогенной функции яичников может быть нерезко выраженной или весьма значительной.

Снижение синтеза эстрогенов влияет на развитие и созревание яйцеклеток, тормозит процесс пролиферации эндометрия, изменяет перистальтику труб. Все это в сочетании с отсутствием (недостатком) прогестерона играет роль в механизме бесплодия эндокринного происхождения. Бесплодие при заболеваниях желез внутренней секреции может быть связано с неполноценностью желтого тела (короткая фаза развития, пониженная продукция прогестерона) или с укорочением фолликулиновой фазы; имеет значение нарушение ритма и интенсивности перистальтических сокращений труб.

3. Инфантилизм и гипоплазия половых органов занимают большое место среди причин бесплодия. При первичном бесплодии недоразвитие половых органов находится на одном из первых мест среди других этиологических факторов. Частота бесплодия и прогноз его при данной аномалии зависят от степени недоразвития половых органов. Значительная задержка их развития обычно сопровождается стойким бесплодием.

При недоразвитии половых органов бесплодию способствует комплекс взаимно связанных анатомических и функциональных особенностей половой системы.

а) Внутрисекреторная функция яичников при инфантилизме понижена (вопрос о полноценности яйцеклетки неясен). Недостаточная продукция половых гормонов является непосредственной причиной задержки анатомического и функционального развития остальных отделов полового аппарата, а следовательно, основным звеном, ведущим к бесплодию при данной аномалии.

б) Инфантильное состояние труб также способствует бесплодию. Трубы удлинены, извиты, просвет их узкий, перистальтика понижена. Указанные особенности нарушают условия транспорта яйцеклетки.

в) Недоразвитие матки, особенно выраженные его степени, часто сопровождаются бесплодием. При этой аномалии бесплодию, возможно, способствуют: 1) неполноценность циклических процессов в эндометрии, связанная с понижением гормональной функции яичников; 2) узость шеечного канала конической шейки матки, спазмы в области внутреннего зева, патологическая антефлексия, еще более сужающая просвет канала, нарушение секреции шеечных желез.

В прежние годы конической шейке матки придавали исключительно важное значение в этиологии бесплодия. В настоящее время считают, что причиной бесплодия является не коническая форма шейки, а совокупность анатомических и функциональных особенностей, присущих инфантилизму. Коническая шейка матки является одним из признаков инфантилизма.

г) Влагалище при инфантилизме бывает узким, коротким, задний свод (receptaculum seminis) его неглубокий. При указанных условиях сперма после полового сношения быстро изливается из влагалища наружу. Шейка матки соприкасается со спермой недолго и в матку попадают только отдельные сперматозоиды.

Препятствуют зачатию также аномалии половых органов (аплазия влагалища) и гинатрезии. Однако эти пороки развития встречаются сравнительно редко.

4. Травмы и смещение половых органов могут служить причиной бесплодия, но роль их по сравнению с воспалительными заболеваниями, эндокринными нарушениями и инфантилизмом невелика. Разрывы промежности, зияние половой щели, опущение стенок влагалища могут быть причиной бесплодия в связи с тем, что сперма после полового сношения быстро вытекает из влагалища. Возникновению бесплодия могут способствовать внутриматочные синехии, а также разрывы и выворот шейки матки, нередким спутником которого является эндоцервицит. Бесплодие обычно сопутствует мочеполовым свищам и нередко исчезает после излечения их хирургическим путем.

До настоящего времени окончательно не решен вопрос о связи бесплодия с ретрофлексией матки. Она может быть причиной бесплодия, но далеко не всегда. При смещении матки кзади генеративная функция нередко бывает нормальной. Наблюдающееся при ретрофлексии бесплодие связано, по-видимому, не со смещением матки, а с сопутствующим воспалительным процессом, вызвавшим нарушение проходимости маточных труб. У 43,1% женщин, страдавших ретрофлексией и бесплодием, обнаружена непроходимость маточных труб.

5. Общие истощающие заболевания (туберкулез, сифилис, нефрит и др.) и интоксикации (алкоголь, никотин, морфин, мышьяк, свинец, ртуть и др.) вызывают в организме сложные нарушения, ведущие к расстройствам функции яичников, и могут служить причиной бесплодия. Половые железы чувствительны к рентгеновым и радиевым лучам, поэтому при значительной дозе излучения, действующего на организм, может наступить повреждение фолликулов и бесплодие.

6. При эндометриозе матки, труб и яичников часто возникает бесплодие.

7. Неполноценное в количественном и качественном отношении питание, согласно экспериментальным исследованиям, также может привести к стерильности. Большое значение имеет недостаток витаминов комплекса В, А, С, Е и др. Гиповитаминоз способствует нарушению циклических процессов и зачатия. Такое же влияние оказывает чрезмерное ожирение и, наоборот, истощение.

8. Внутриматочные инъекции йода могут обусловить стерильность вследствие облитерации маточных труб, нарушения функции фолликулярного аппарата, повреждения слизистой оболочки матки и образования в ней сращений.

9. Опухоли половых органов не всегда бывают причиной бесплодия, однако у больных с миомой матки оно наблюдается нередко, особенно при субмукозном росте узлов. Возникновение бесплодия при миомах, по-видимому, связано с изменениями в яичниках и эндометрии (изменения функции яичников, эндометрит). Некоторое значение имеют деформация полости матки и непроходимость труб вследствие сдавления их просвета миоматозными узлами. Доброкачественные опухоли яичников (кистомы) и кисты яичников сопровождаются бесплодием реже, чем мио-

мы матки. Беременность при доброкачественных опухолях наступает, но реже, чем у здоровых женщин. Бесплодие наблюдается при злокачественных новообразованиях яичников и двусторонних кистомах, нарушающих процесс овуляции. Опухоли влагалища и наружных половых органов относятся к редким причинам бесплодия.

Многочисленные наблюдения показывают, что отсутствие у женщины полового чувства не препятствует беременности. Известны также факты возникновения полового чувства и беременности во втором браке у женщин, страдавших половой холодностью и бесплодием в первом браке.

10. Иммунологические факторы также обусловливают бесплодие. Данные И. И. Мечникова, Ландштейнера и др. о возникновении сперматоксических веществ у животных после парентерального введения спермы послужили основанием для предположения, что иммунитет к сперме возможен также у человека.

При изучении иммунологических факторов бесплодия получены сведения о наличии в сыворотке крови некоторых женщин, страдающих бесплодием, антител, способствующих агглютинации и иммобилизации сперматозоидов. Иногда в секрете шейки матки находили вещества, вызывающие лизис сперматозоидов. Иммунологический аспект женского бесплодия продолжает изучаться.

ПРИЧИНЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

Наиболее частой причиной мужского бесплодия является изменение физиологических свойств спермы, зависящее от нарушения функции половых желез (impotentio coeundi).

Как известно, процесс сперматогенеза осуществляется в результате нормальной деятельности системы гипоталамус — гипофиз — тестикулы. Полагают, что нормальному ходу сперматогенеза способствует наличие барьера (собственная оболочка семенных канальцев, эндотелий сосудов, интерстициальная ткань), который обусловливает оптимальную среду питания, гормональный гомеостаз и защиту развивающихся сперматозоидов от проникновения из крови повреждающих веществ. Нарушение этого гемато-тестикулярного барьера может произойти под влиянием воспалительных заболеваний, травм, повреждающих физических и химических факторов. В подобных случаях возможно изменение процесса сперматогенеза, ведущее к бесплодию. При нарушении барьера могут возникнуть аутоантитела к сперматозоидам, что вызывает дальнейшее нарушение сперматогенеза.

Свойства спермы могут измениться при тяжелых общих заболеваниях, интоксикациях (морфинизм, алкоголизм и др.), нейроэндокринных расстройствах, нарушающих нормальное взаимодействие в системе гипоталамус — гипофиз — тестикулы. Известно повреждающее действие на процесс сперматогенеза ионизирующей радиации. К числу частых причин бесплодия относятся перенесенные воспалительные заболевания (орхит, эпидидимит), особенно гонорейной этиологии.

Более редкими причинами мужского бесплодия являются половая слабость (impotentio coeundi), рубцовые изменения в семявыводящем протоке и придатке семенника, препятствующие выведению спермы, пороки развития уретры (гипоспадия, эписпадия).

К бесплодию ведут следующие изменения спермы:) азооспермия (полное отсутствие сперматозоидов), 2) некроспермия, 3) аспермия (от-

сутствие спермы). При олигоспермии (мало семенных нитей) и астеноспермии (много сперматозоидов с ослабленными движениями), частичной тератоспермии зачатие возможно, но указанные аномалии практически обычно сопровождаются бесплодием.

Способность спермы к оплодотворению зависит не только от физиологических свойств сперматозоидов, но также от оптимального содержания в жидкой части спермы белков, свободных аминокислот, липидов, углеводов, ферментов, микроэлементов. Нарушение в содержании указанных веществ также способствует бесплодию.

РАСПОЗНАВАНИЕ ПРИЧИН БЕСПЛОДИЯ

Успех лечения бесплодия в значительной степени зависит от установления причины данной аномалии генеративной функции. Точное определение причины бесплодия является необходимой предпосылкой для выбора наиболее эффективного метода лечения. Ввиду того что бесплодный брак может быть результатом не только женского, но и мужского бесплодия, требуется исследование обоих супругов.

Уже упоминалось, что мужское бесплодие является причиной 30—40% бесплодных браков. Поэтому при выяснении причин такого брака необходимо учитывать возможность мужского бесплодия и принимать меры к его установлению и устранению. Причины мужского бесплодия выявляются проще, чем бесплодия женщины. В некоторых случаях диагноз бесплодия у мужчины выясняется путем его опроса и осмотра (impotentio coeundi, аномалии развития, травмы и др.). Однако для точного определения генеративной функции мужчины требуется микроскопическое исследование свежевыпущенной спермы.

Сперму для исследования собирают в сосуд (вымытый раствором соды) после прерванного полового сношения или получают путем coitus condamatus (кондом предварительно моют в 2% растворе соды). Материал доставляют в лабораторию не позднее 30—40 мин после получения и до исследования сохраняют при температуре, соответствующей температуре тела. Сперму изучают микроскопически, для чего одну каплю ее наносят на подогретое предметное стекло и изучают в неокрашенном препарате подвижность сперматозоидов, количество их, наличие дегенеративных, малоподвижных и неподвижных клеток. Для определения олигоспермии производят подсчет общего количества сперматозоидов в счетной камере.

При сомнительных или отрицательных результатах исследование рекомендуется повторить, так как изменения в сперме могут быть временными, связанными с преходящими нарушениями в организме мужчины. При необходимости исследуют биохимический состав спермы, применяют иммунологические, неврологические и другие методы исследования.

Причины женского бесплодия в некоторых случаях выявляются легко и быстро (резко выраженный инфантилизм, гинатрезии), иногда же диагностика их представляет сложную задачу. Как правило, для установления причины бесплодия требуется систематическое всестороннее исследование женщины. При бесплодии опрос и объективное исследование проводятся по общему плану, принятому для гинекологических больных. Особое внимание уделяют выявлению нарушений, которые могут быть причиной бесплодия.

О п р о с. При ознакомлении с анамнезом выявляют следующие данные.

а) Наличие условий, способствующих задержке развития половой системы (неудовлетворительные условия жизни, инфекционные и другие заболевания в детстве и в период полового созревания).

б) Особенности менструальной функции, свидетельствующие о нарушении функции яичников, воспалительных и других заболеваниях половых органов (аменорея, гипоменструальный синдром, меноррагии и др.).

в) Роль полового чувства в возникновении бесплодия. Она точно не установлена, однако выяснение половой функции является обязательным. Нарушение половой функции (отсутствие полового влечения и удовлетворения) нередко бывает показателем недостаточного развития половых органов и пониженной функции яичников. Выявляют продолжительность бесплодного брака, характер применяемых противозачаточных средств.

г) Выявление расстройства секреторной функции, что может дать указания о существовании заболеваний, являющихся причиной бесплодия (кольпит, эндоцервицит, эрозия).

д) Ознакомление с детородной функцией, нередко позволяющее предположить причину бесплодия. Первичное бесплодие часто зависит от генитального туберкулеза, эндокринных нарушений, генетически обусловленных аномалий, инфантилизма, вторичное — от воспалительных заболеваний. Бесплодие, наступающее после первых родов или аборта, нередко бывает связано с восходящей гонореей. Наличие в анамнезе многократных абортов, патологических родов, осложнений после родов и абортов позволяет сделать заключение о существовании воспалительных заболеваний, препятствующих зачатию.

е) Выяснение всех перенесенных гинекологических и экстрагенитальных заболеваний (туберкулез, расстройства желез внутренней секреции), интоксикаций.

Объективное исследование. В некоторых случаях осмотр женщины позволяет судить о вероятной причине бесплодия (инфантилизм, интерсексуальный тип и др.); при этом учитывают рост, особенности телосложения, степень развития молочных желез. Производится исследование внутренних половых органов и при необходимости применяются методы исследования функции желез внутренней секреции.

Во время гинекологического исследования учитывают все особенности, которые могут обусловить бесплодие. Особое внимание уделяют выявлению воспалительных заболеваний (уретрит, бартолинит, кольпит, эндоцервицит, сальпингоофорит) и генитального инфантилизма (недоразвитие наружных половых органов, короткое, узкое влагалище, уплощенный задний свод, коническая длинная шейка матки, маленькая матка и др.). Выявляют последствия разрывов промежности (зияние половой щели, опущение влагалища) и шейки матки (эктропион), новообразования, аномалии строения и положения половых органов. Для уточнения причины бесплодия применяют исследование крови, СОЭ, влагалищной флоры, кислотности влагалищного содержимого, мазков из уретры, шеечного канала и влагалища на гонококки и др.

С целью определения функции яичников проводят: 1) исследование клеточного состава влагалищного содержимого (цитология влагалищного мазка); 2) систематическое наблюдение над секрецией желез шеечного канала (симптом «зрачка»); 3) измерение ректальной температуры в течение 2—3 менструальных циклов; 4) микроскопическое исследование пробного соскоба слизистой оболочки матки. Указанные методы исследования позволяют судить об эстрогенной активности яичников, овуляции и

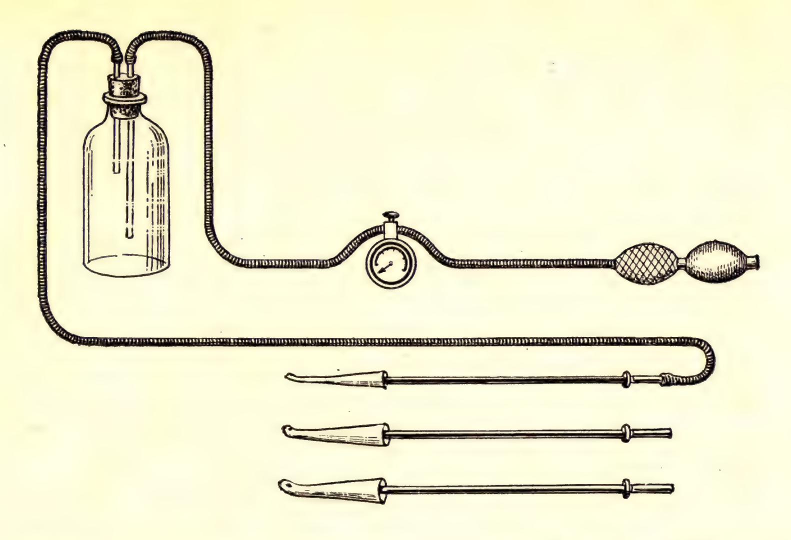


Рис. 232. Аппарат для продувания маточных труб (модель А. Э. Мандельштама) с набором маточных наконечников.

функции желтого тела. В случае необходимости применяют методы исследования половых гормонов, их метаболитов, гонадотропинов и гормонов коры надпочечников. При подозрении на склерокистозное превращение яичников, аномалии развития и др. прибегают к кульдоскопии, лапароскопии, пневмопельвиграфии и др. Для распознавания сращений в полости матки и субмукозных миом производят гистерографию. По показаниям применяют медико-генетические исследования.

Правильно проведенное обследование позволяет выяснить причину бесплодия. Для уточнения его этиологии часто проверяют проходимость маточных труб, так как результаты бимануального исследования не дают возможности судить об их состоянии. Трубы, на ощупь не измененные, могут быть непроходимы, и, наоборот, наблюдается проходимость их при значительных изменениях.

К методам диагностики проходимости маточных труб относятся; 1) продувание их; 2) гистеросальпингография.

Продувание маточных труб. С помощью специальной аппаратуры в полость матки вводят воздух, который, если трубы проходимы, попадает в брюшную полость. Об этом судят по ряду признаков, возникающих при продувании маточных труб. В случае облитерации просвета труб воздух в брюшную полость не проникает и признаки проходимости при продувании отсутствуют.

Для продувания маточных труб предложены приборы разных конструкций. Прост и удобен прибор Мандельштама (рис. 232), состоящий из следующих частей: 1) наконечник, вводимый в шеечный канал и соединяющийся при помощи системы трубок с сосудом, через который проходит воздух; 2) сосуд (колба, склянка), закрытый резиновой пробкой, через которую проходят две стеклянные трубки (отводящая и приводящая); сосуд на $1/3$ наполняют 5% раствором перекиси водорода или раствором перманганата калия, приводящая трубка погружена в раствор, отводящая — находится выше уровня раствора); 3) баллон для нагнетания воздуха, соединенный стеклянной трубкой (приводящей), которая проходит

в сосуд; 4) манометр, располагающийся между сосудом и баллоном. Широко используется аппарат для продувания маточных труб, выпускаемый заводом «Красногвардеец». При помощи этого аппарата устанавливается не только проходимость (или непроходимость), но и функциональное состояние труб (возможна кимографическая запись их перистальтики).

Продувание маточных труб требует соблюдения тщательной предосторожности и строгой асептики. Производится в стационаре при соблюдении следующих условий: а) наличие I—II степени чистоты влагалищной флоры; б) отсутствие острых и подострых, а также хронических, в стадии обострения воспалительных заболеваний половых органов; в) исключение менструального и предменструального периодов. Продувание маточных труб противопоказано при III и IV степени чистоты влагалищной флоры, кольпитах, эндоцервицитах и эрозиях, острых и подострых воспалительных заболеваниях верхних отделов половых путей, во время активного лечения воспалительных заболеваний (грязелечение, диатермия), при кровянистых выделениях, опухолях матки и придатков.

Техника продувания маточных труб. Наружные половые органы, шейку матки и шеечный канал дезинфицируют спиртом и йодом. После введения во влагалище зеркал шейку матки подтягивают пулевыми щипцами. В шеечный канал вводят наконечник, соединенный резиновой трубкой с отводящим коленом сосуда, откуда поступает воздух. После введения наконечника начинают осторожно нагнетать воздух, который поступает в матку, а если маточные трубы проходимы, — в брюшную полость.

Через неизмененные маточные трубы воздух проходит при давлении 75 мм рт. ст., при стенозированных трубах — 100—125 мм рт. ст. Продувание следует производить под давлением не выше 150 мм. Повышение давления до 180 мм рт. ст. и более рискованно, так как может произойти повреждение маточных труб, включая полный разрыв их стенок. Во время продувания врач следит за признаками, свидетельствующими о проходимости или облитерации маточных труб.

1. Если трубы проходимы, давление воздуха в системе снижается и стрелка манометра падает; через жидкость, находящуюся в сосуде, проходят пузырьки воздуха.

2. Аускультация нижних отделов живота (над пупартовыми связками) позволяет уловить характерный звук, возникающий в том случае, если воздух проходит через маточные трубы.

3. Воздух, проникший в брюшную полость, может вызвать раздражение окончаний диафрагмального нерва; в связи с этим у женщины возникает боль в плечевом поясе (френикус-симптом).

4. О проходимости маточных труб можно судить также по характеру кимографической записи. При наличии проходимости кривая в начале пертубации поднимается, а при прохождении воздуха в брюшную полость снижается.

Если проходимость маточных труб отсутствует, стрелка манометра не падает, пузырьки воздуха над жидкостью отсутствуют, аускультативно звук прохождения воздуха через трубку не выявляется, френикус-симптома нет. Кимографическая запись показывает нарастание давления в трубе без понижения кривой.

Продувание труб — простая процедура, но при наличии противопоказаний, несоблюдении мер асептики и технических погрешностях возможны серьезные осложнения. Описаны случаи обострения воспалительных заболеваний, разрыва пиосальпинкса, возникновения воздушных эмболий со смертельным исходом.



Рис. 233. Снимок сразу после введения в матку контрастного вещества. Полость матки и труб заполнена контрастным веществом на всем протяжении.



Рис. 234. Снимок через сутки после введения контрастного вещества в матку. Трубы проходимы, контрастное вещество в малом тазу.

В настоящее время предпочитают метод гистеросальпингографии.

Гистеросальпингография. В полость матки вводят контрастное вещество, которое при проходимых маточных трубах проникает в брюшную полость; поступление контрастного вещества из матки в маточные трубы и брюшную полость контролируется рентгенологически. Для гистеросаль-

Рис. 235. Трубы непроходимы в интерстициальной части.



Рис. 236. Трубы непроходимы; левая — в ампулярном, правая — в интерстициальном отделе.

пингографии были предложены различные вещества; в настоящее время пользуются йодолиполом, водными растворами контрастных веществ (диодон, кардиотраст и др.). Контрастные вещества в количестве 2—5 мл вводят в полость матки при помощи специального прибора или шприцем с надетым на него маточным наконечником.

Гистеросальпингография производится при соблюдении всех правил асептики. Контрастное вещество вводят в матку медленно (в течение 1—2 мин). Затем сразу делают первый снимок, а через 5—8 мин — второй. После просмотра первых двух снимков решается вопрос о необходимости третьего. Его делают через 15—20 мин, если контрастное вещество не прошло в маточные трубы. Этот снимок нужен для того, чтобы исключить спазм труб. При спазме контрастное вещество сразу не проникает в трубы, поэтому они могут казаться непроходимыми.

В сомнительных случаях рекомендуется производить рентгенографию через 24 ч. Непосредственно после введения контрастного вещества на снимке получаются контуры полости матки и труб, если они проходимы (рис. 233). При проходимых маточных трубах контрастное вещество обнаруживается в брюшной полости (в excavatio rectouterina) в виде пятен, полос или бесформенной массы (рис. 234). В случае непроходимости маточных труб контрастное вещество в полость живота не попадает, а выявляется в полости матки в маточных трубах, если они заращены в абдоминальных концах. При облитерации маточных труб в интерстициальной части йодолипол обнаруживается только в матке (рис. 235), при заращении их в истмической или ампулярной части заполняется только отдел, сообщающийся с полостью матки (рис. 236).

Если нет противопоказаний, гистеросальпингография производится на 18—20-й день менструального цикла.

Современные исследования показывают, что более точные результаты гистеросальпингография дает в лютеиновой фазе цикла; в фолликулиновой фазе возможно ошибочное заключение о непроходимости маточных труб в связи со склонностью их к спастическим сокращениям.

Противопоказания к гистеросальпингографии: а) острые, подострые (хронические в стадии обострения) воспалительные процессы в малом тазу; б) кольпиты, эндоцервициты и эрозии; в) менструации и кровянистые выделения, не связанные с менструациями; г) подозрение на рак и беременность.

Гидротубация. Продувание маточных труб и особенно гистеросальпингография являются признанными методами диагностики их проходимости. В ряде учреждений с этой целью применяется гидротубация, т. е. введение в матку и маточные трубы физиологического раствора при помощи специальных приспособлений к аппарату для продувания. Во время гидротубации (производимой при регулируемом давлении) жидкость попадает в полость маточных труб; если они проходимы, жидкость поступает в брюшную полость.

При гидротубации производят кимографическую запись, позволяющую судить о функциональном состоянии маточных труб.

Гидротубация применяется не только с диагностической, но и с лечебной целью.

Существуют и другие методы диагностики проходимости маточных труб.

Профилактика бесплодия. Предупреждение бесплодия в значительной мере связано с совокупностью мер профилактики инфекционных и других заболеваний в детском возрасте и в периоде полового созревания, эн-

докринных нарушений, инфантилизма, воспалительных заболеваний, генитального туберкулеза и т. д.

Важную роль играют методы профилактики, диагностики и лечения гонореи, мероприятия по предупреждению абортов, осложнений в родах и послеродовых заболеваний.

Большое значение имеет система общих оздоровительных мероприятий, способствующих сохранению репродуктивной функции женщины.

ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ

Лечение бесплодия основывается на устранении как основной причины, вызвавшей данное нарушение генеративной функции, так и сопутствующих патологических процессов. Наибольшую роль в происхождении бесплодия играют воспалительные заболевания (сальпингоофориты, эндоцервициты и т. д.), поэтому правильное лечение их будет способствовать устранению бесплодия. Применяются общепринятые методы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов (см. главу V). Особые значение имеет лечение хронических сальпингитов и их последствий, сопровождающихся непроходимостью маточных труб. В подобных случаях показана активная терапия: грязелечение, ультразвук, озокерит и другие виды физиотерапии. Консервативная терапия, особенно курортное грязелечение, нередко ведет к устранению спаечного процесса и способствует зачатию.

В некоторых случаях беременность наступает после продувания маточных труб или гистеросальпингографии, применяемых с диагностической целью. Это возможно только при наличии очень тонких или рыхлых спаек в трубах. Необходимо подчеркнуть, что указанные методы с лечебной целью не используются.

Для устранения непроходимости маточных труб проводят также гидротубацию с применением антибиотиков, лидазы или гиалуронидазы (с целью улучшения проницаемости тканей).

Если упорное применение консервативных методов лечения не дает эффекта, может возникнуть вопрос о хирургическом лечении непроходимости маточных труб. С этой целью предложены следующие методы: 1) освобождение придатков от спаек и восстановление проходимости абдоминальных концов маточных труб; 2) образование отверстия в трубе (сальпингостомия), если абдоминальный конец плотно запаян; 3) пересадка здоровой части трубы в матку при непроходимости ее в интерстициальной части; 4) пересадка яичника в полость или стенку матки с таким расчетом, чтобы яйцеклетки после овуляции поступали в полость матки.

Хирургические методы лечения далеко не всегда гарантируют успех и поэтому не получили значительного распространения в практике. В настоящее время разрабатываются методы хирургического лечения с применением аллопластических средств.

При бесплодии, связанном с инфантилизмом, назначают общеукрепляющее лечение, физиотерапевтические процедуры, грязелечение и половые гормоны (эстрогены, прогестерон). Целесообразно сочетание гормонотерапии с физиотерапией или грязелечением. Продолжительность применения половых гормонов и дозировка эстрогенов зависят от степени недоразвития половых органов, особенностей менструальной и половой функций.

При умеренной степени недоразвития назначают только эстрогены в фолликулиновой фазе цикла (по 1000—5000 МЕ в течение 2—3 нед) или эстрогены в фолликулиновой фазе и прогестерон (5—10 мг в течение 6—8 дней) в лютеиновой фазе цикла. Циклическое лечение гормонами проводят в течение 3—4 мес. При значительном недоразвитии половых органов лечение начинают с более значительных доз эстрогенов и проводят его в течение 1—2 мес; в дальнейшем переходят к чередованию эстрогенов и прогестерона.

В прежние годы с целью лечения бесплодия, вызванного инфантилизмом, часто применяли расширение шеечного канала, рассечение конической шейки матки и выскабливание слизистой оболочки последней. В настоящее время считают, что бесплодие при инфантилизме обусловлено совокупностью анатомических и функциональных особенностей, присущих данной аномалии развития, поэтому кровавое расширение и особенно рассечение шейки матки, ведущее к ее деформации, признаются недопустимыми. К выскабливанию слизистой оболочки матки прибегают по особым показаниям преимущественно с целью диагностики (установить характер циклических изменений в эндометрии, исключить туберкулез матки и т. д.).

Ввиду особенностей строения влагалища при инфантилизме (короткое, узкое, неглубокий задний свод) рекомендуется после полового акта лежать 20—30 мин с приподнятым тазом (валик под крестец) или перекрещенными ногами.

Бесплодие при ретродевиациях матки нередко бывает связано с непроходимостью маточных труб; в подобных случаях показано противовоспалительное лечение. При подвижных ретродевиациях, если исключить другие причины бесплодия, можно сделать попытку исправить положение матки пессариями или оперативным путем. Последнее требует строгого обоснования.

Исправления положения матки обычно производится попутно во время операций, по другим показаниям (кисты, миомы и др.).

При лечении бесплодия необходимо устранение нарушений питания, интоксикаций, гигиены половой жизни.

Если бесплодие связано с нарушением функций желез внутренней секреции, следует назначить соответствующее лечение. При выраженных эндокринопатиях специальное лечение не всегда способствует устранению бесплодия. В таких случаях рекомендуется проведение медико-генетического исследования и консультаций для решения вопроса о необходимости борьбы с бесплодием. При выявлении ановуляторных циклов можно попытаться восстановить овуляцию путем применения половых гормонов (эстрогены и прогестерон), гонадотропных гормонов, физиотерапевтических методов лечения. В случае неполноценности желтого тела применяют прогестерон во второй фазе цикла. С целью стимуляции овуляции назначают также синтетические прогестины (инфекундин, бисекурин и др.) в течение 2—3 менструальных циклов, кломифен, перганал и другие препараты.

При склерокистозных яичниках показана клиновидная резекция их, после которой иногда наступает беременность.

У некоторых женщин детородная функция восстанавливается после устранения последствий травм шейки матки и промежности (пластические операции), гинатрезий, свищей, опухолей половых органов. Необходимо отметить, что этиология, диагностика и терапия бесплодия требуют дальнейшего изучения.

Искусственное оплодотворение, при котором сперму вводят шприцем в половой канал женщины, допускается в очень редких случаях. Вопрос об искусственном оплодотворении может возникнуть, если способность к деторождению у жены имеется, а у мужа сперма не изменена, но существуют препятствия для ее депонирования (импотенция, гипоэписпадия). Свежую сперму набирают в шприц, снабженный маточным наконечником, и вводят в полость матки или в задний свод влагалища.

Сперму вводят в дни, соответствующие овуляции, при строгом соблюдении правил асептики. Тем не менее введение необеспложенной спермы в полость матки представляет опасность в смысле занесения инфекции и развития воспалительных заболеваний. Искусственное оплодотворение далеко не всегда сопровождается успехом даже при многократном применении.

Лечение бесплодия у мужчин проводится в специальных учреждениях.

Оно основано на принципе устранения основной причины бесплодия, а также сопутствующих заболеваний и функциональных нарушений.

ГЛАВА XIV

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Беременность называют внематочной (graviditas extrauterina) или несвоеместной (graviditas ectopica), когда оплодотворенная яйцеклетка имплантируется не в полости матки, а где-либо в другом месте, откуда нет естественного выхода для рождения плода. Внематочная беременность может развиваться в маточной трубе (graviditas tubaria), в брюшной полости (graviditas abdominalis), в яичнике (graviditas ovarica); к этой же патологии относят и беременность, развивающуюся в замкнутом рудиментарном роге матки. Наиболее часто (в 99,5% случаев) наблюдается трубная беременность. В соответствии с участком трубы, где имплантировалась оплодотворенная яйцеклетка, различают следующие формы трубной беременности: ампулярная (graviditas ampullaris), истмическая (graviditas isthmica), более редкие формы — в маточном отрезке трубы (graviditas in parte uterinatulae), в добавочной трубе (graviditas in tuboaccessoria) и трубно-яичниковая (graviditas tuboovarialis). Различают также первичную (graviditas abdominalis primaria) и вторичную (graviditas abdominalis secundaria) брюшную беременность.

Мы не располагаем точными данными о частоте внематочной беременности, так как у ряда женщин развитие ее прекращается в ранних стадиях без каких-либо болезненных симптомов и распознается иногда лишь случайно при операции по другому поводу.

Ряд больных с прервавшейся внематочной беременностью поступают в хирургическое, а не в акушерско-гинекологическое отделение и не учитываются акушерской статистикой; материалы, основанные на данных гинекологических отделений, весьма вариабельны, что зависит от характера, числа коек, объема хирургической деятельности. В среднем этот процент колеблется (по отношению к общему числу стационарных гинекологических больных) от 0,4 до 3.

Этиология и патогенез. Наиболее изучена этиология трубной беременности, так как эта форма наблюдается в 99,5% случаев. Вторичная брюшная беременность, как правило, возникает после первичной трубной беременности; остальные формы (первичная, брюшная и яичниковая беременность) наблюдаются крайне редко.

Теории возникновения трубной беременности можно разделить на две группы: к первой относится овулогенная теория, ко второй — теории нарушения перемещения оплодотворенной яйцеклетки. Согласно первой теории, внематочная беременность возникает в результате тахигенеза, т. е. повышенной биологической энергии яйцеклетки, ускоряющей процесс об-

разования трофобласта. Эта теория носит гипотетический характер, так как нет конкретных фактов, ее подтверждающих.

Теория возникновения трубной беременности вследствие нарушения передвижения оплодотворенной яйцеклетки достаточно обоснована. Причины подобного нарушения разнообразны: 1) воспалительный процесс; 2) неправильности развития половой системы; 3) эндометриоз; 4) туберкулез труб; 5) опухоли яичников, труб; 6) чрезмерные психические потрясения, заболевания.

В пользу значения воспалительного процесса внутренних половых органов в развитии трубной беременности говорят весьма убедительные данные анамнеза, объективного исследования (осмотр внутренних половых органов и брюшины, во время операции), патогистологическое исследование удаленной трубы.

Преобладающее число больных с трубной беременностью — повторнобеременные, в прошлом у них были искусственные аборты, реже (в 37,2% случаев) роды, осложнившиеся воспалительным процессом. Так, воспалительные заболевания женских половых органов предшествовали развитию внематочной беременности в 47,6% случаев (среди 5064 больных). Процент этот, возможно, еще выше, так как число воспалительных заболеваний после искусственных абортов (даже в последние годы, в условиях применения антибиотиков) весьма значительно.

Кроме того, у ряда больных воспалительный процесс может протекать без каких-либо субъективных расстройств. Об этиологической роли воспалительного процесса в развитии трубной беременности говорит также частое указание больных на вторичное бесплодие.

Отмечается также довольно частое (6—30%) сочетание правосторонней трубной беременности и аппендицита.

Основным возбудителем воспалительного процесса является стафилококк, реже — стрептококк, гонококки, кишечная палочка и другие гноеродные бактерии. При этом в трубах обнаруживают отек слизистой оболочки, мелкокистозную инфильтрацию стенки трубы, десквамацию эпителиального покрова и склеивание складок слизистой оболочки, образование слепых (ложных) ходов. Воспалительные изменения возникают не только в слизистой оболочке (endosalpingitis), но и в мышечном слое (mesosalpingitis) и в серозном покрове трубы (perisalpingitis, pelveoparitonitis adhaesiva). В результате этих изменений не только появляются механические препятствия для продвижения оплодотворенной яйцеклетки, но и нарушается перистальтика труб и движение ресничек эпителия. Все эти изменения сочетаются с расстройствами нейрогуморальной регуляции функции труб и несомненно обусловливают задержку в продвижении яйцеклетки по трубе.

Второй причиной развития трубной беременности являются нарушения развития половых органов — инфантилизм. В пользу этого взгляда говорят данные анамнеза у некоторых больных о позднем менархе, самопроизвольных абортах, обнаружение во время операции длинных, извилистых труб, патогистологическое их исследование (отсутствие воспалительных изменений). Возникновение трубной беременности у подобных больных объясняется не только механическими факторами (длинная извилистая труба), но и нейрогуморальными нарушениями перистальтики труб.

В ряде случаев при гистологическом исследовании удаленной трубы обнаруживают эндометриоз, что позволяет говорить о возможной роли этой дисгормональной патологии в возникновении трубной беременности.

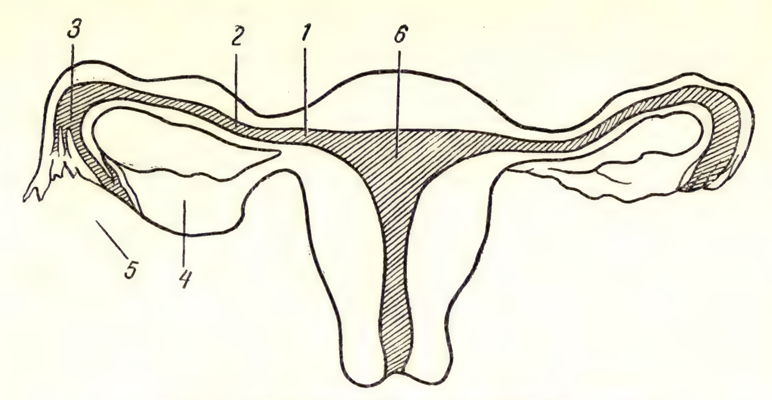


Рис. 237. Основные варианты внедрения яйца.

1 — в интерстициальной части трубы; 2 — в истмической части трубы; 3 — в ампулярной части трубы; 4 — в яичнике; 5 — в брюшной полости 6- в полости матки.

Туберкулез труб обычно обусловливает бесплодие; значительно реже возникает трубная беременность.

При операции по поводу трубной беременности нередко обнаруживают кистому, кисту яичников, кисту эпоофорона, миому матки. Это позволяет говорить о возможной этиологической роли опухолей и опухолевидных образований яичников в развитии трубной беременности.

Вопрос о роли чрезмерных психических раздражений в возникновении внематочной беременности требует еще углубленного исследования. Косвенно эта теория подтверждается отрицательными результатами сальпингографии у чрезмерно возбудимых больных; результаты обследования становятся положительными после применения спазмолитических средств.

Течение. При внематочной беременности оплодотворенная (рис. 237) яйцеклетка имплантируется в ложе (плодовместилище — труба, яичник, брюшная полость), не приспособленном к дальнейшему развитию беременности. В связи с этим несвоеместная беременность, как правило, прерывается досрочно, что может обусловить возникновение опасного для жизни больной внутреннего кровотечения. Наиболее часто беременность прерывается в ранние сроки (до 5—6 нед); значительно реже удается распознать еще не прервавшуюся, прогрессирующую внематочную беременность.

Каждая из форм внематочной беременности в зависимости от места ее локализации и стадии развития имеет свои характерные особенности; вместе с тем у всех форм внематочной беременности есть ряд общих признаков. Это прежде всего появление сомнительных и вероятных признаков беременности: задержка очередной менструации, возникновение утренней рвоты, появление пищевых прихотей (стремление к приему острой, соленой пищи, извращение вкуса), нагрубание молочных желез. При гинекологическом исследовании обнаруживают цианоз влагалищной слизистой оболочки и влагалищной части шейки матки, тело ее несколько увеличивается, размягчается.

Биологические и серологические реакции на беременность становятся положительными с ранних сроков (с 7—10-го дня задержки менструации) беременности. Беременность свыше 20 нед обычно бывает уже не трубной, а вторичной, брюшной. Женщина ощущает движение плода, врач (акушерка) определяет его сердцебиение, движения, иногда мелкие части

плода. При фоно- и электрокардиографии устанавливают наличие живого плода.

Таким образом, ряд признаков как маточной, так и внематочной беременности идентичны. Однако при внимательном изучении указанных выше признаков можно выявить ряд особенностей, характерных для внематочной беременности. Так, несомненно установлено, что в 15—20% случаев трубная беременность развивается, несмотря на отсутствие задержки менструации. При объективном исследовании обращает на себя внимание недостаточное размягчение матки (тела и шейки), несоответствие размеров матки сроку задержки менструации — она увеличивается не больше, чем при 5—6-недельной беременности. Это увеличение размеров матки обусловливается децидуальным превращением слизистой оболочки, незначительной гипертрофией и гиперплазией мышечных элементов. Другие, более характерные, признаки внематочной беременности возникают лишь при ее нарушении.

ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Эта форма беременности распознается крайне редко. Так, по некоторым данным, правильный диагноз до операции был поставлен лишь у 3 из 1125 больных с внематочной беременностью, по другим — у одной из 325; у всех остальных трубная беременность была уже нарушенной. При прогрессирующей форме трубной беременности можно обнаружить перечисленные выше сомнительные и вероятные признаки беременности. Иногда больные жалуются на схваткообразные боли внизу живота; однако эти признаки обычно слабо выражены. При объективном исследовании иногда можно обнаружить сбоку от угла матки опухолевидное образование овоидной формы, эластической консистенции.

Биологические и серологические реакции на беременность обычно положительные. При повторном исследовании (в стационаре!) устанавливают отсутствие дальнейшего увеличения матки, тогда как опухолевидное образование сбоку от нее увеличивается; иногда больная отмечает схваткообразные боли внизу живота.

ПРЕРВАВШАЯСЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Как правило, трубная беременность прерывается не позже 5—6-недельного срока. Это объясняется тем, что слизистая оболочка маточной трубы и децидуальное превращение выражены значительно слабее, чем в слизистой оболочке матки, она не делится на функциональный и базальный слои, в стенке трубы слабее выражен мышечный слой, чем в матке. Вследствие этого трофобласт плодного яйца и ворсинки хориона быстро проникают в мышечный слой трубы, внедряются глубоко в стенку трубы, причем раскрываются стенки сосудов, разрушаются все слои стенки трубы вплоть до серозного ее покрова. В других случаях плодное яйцо, имплантировавшееся в инфундибулярной части трубы или ее ампуле, отслаивается от стенки трубы в результате ее сокращений, окружается сгустками крови и отмирает или выбрасывается в брюшную полость.

Таким образом, в зависимости от места внедрения плодного яйца и способа прерывания трубной беременности различают две формы: разрыв трубы (rupture tubae uterinae) и трубный аборт (abortus tubarius).

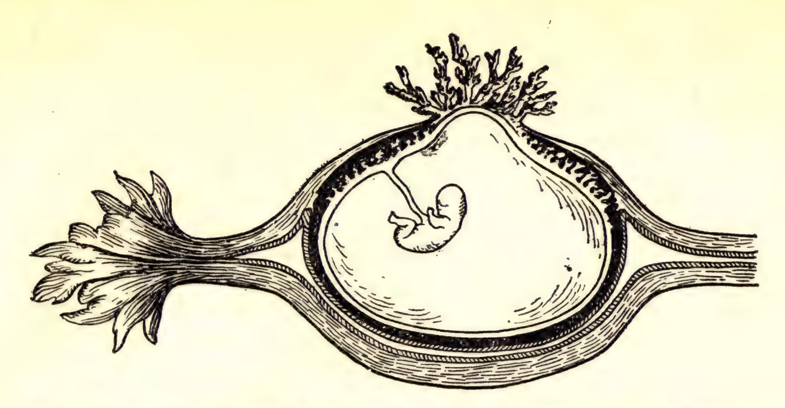


Рис. 238. Разрыв маточной трубы вследствие разрушения ее стенки трофобластом и ворсинами хориона.

Разрыв трубы может произойти в верхней полуокружности трубы (рис. 238), сопровождается выхождением плодного яйца и значительным кровоизлиянием в свободную брюшную полость или в нижней полуокружности трубы; при этом плодное яйцо и гематома локализуются между листками широкой маточной связки.

При разрыве трубы с выхождением плодного яйца в свободную брюшную полость возникают симптомы острого заболевания органов брюшной полости — резкая анемизация, обморок, головокружение, сильные боли в животе, а также симптомы шока — падение артериального давления, резкая слабость. Кровь скопляется в большем количестве в отлогих местах живота и в маточно-прямокишечном углублении брюшины (haematoma retrouterina).

Значительное кровоизлияние в брюшную полость возникает также при разрыве плодовместилища, когда нидация оплодотворенной яйцеклетки произошла в маточной части трубы. В этих случаях прорыв хориона через мышечный слой угла матки происходит позже — на IV—V мес беременности.

При разрыве плодовместилища в широкую маточную связку и образовании внутрисвязочной гематомы признаки анемии, шока и боли в животе не столь резко выражены. Кровь, излившаяся в брюшную полость или в просвет трубы, в дальнейшем частично всасывается, формируются сгустки. Это ведет к образованию сращений внутренних половых органов с брюшиной, кишечником, сальником, мочевым пузырем. В результате этих анатомических изменений возникают и функциональные, и субъективные расстройства, боли в животе, альгоменорея, бесплодие. Наблюдаются единичные случаи развития в дальнейшем злокачественной опухоли — хорионэпителиомы.

Исход для эмбриона (плода) в большинстве случаев при разрыве трубы неблагоприятный — он отмирает; значительно реже, при сохранении целости амниона и связи плаценты с трубой, беременность может прогрессировать.

Прерывание по типу трубного аборта обычно возникает при нидации плодного яйца в инфундибулярной части трубы или ее ампуле и так называемом внутреннем разрыве плодовместилища.

Исход при этом может быть различным; в одних случаях плодное яйцо, окруженное сгустками крови, отслаивается от стенки трубы и переме-

щается благодаря антиперистальтическим сокращениям стенок трубы в ампуле ее; возникает типичный трубный аборт с образованием перитубарной гематомы (haematoma peritubaria) (рис. 239).

В других случаях отслоившееся плодное яйцо остается в просвете трубы, отмирает и окруженное сгустками крови образует так называемый мясистый занос (mola carnosa).

Клиническое течение трубного аборта при перемещении плодного яйца в ампулярную часть трубы весьма вариабельно и может принимать характер длительного (не только в течение нескольких дней, но и недель) заболевания. Вследствие антиперистальтики трубы больная отмечает по временам схваткообразные боли внизу живота, часто односторонние.

При значительном кровоизлиянии кровь скопляется в свободной брюшной полости, в первую очередь в маточно-прямокишечном углублении брюшины; образуется, как и при разрыве трубы, позадиматочная гематома (haematocele retrouterina). Подобная кровопотеря сопровождается тяжелыми симптомами анемии и шока.

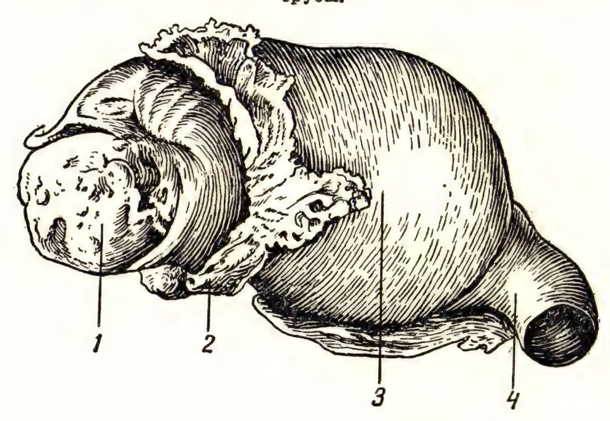
При незначительной кровопотере у больной возникают лишь головокружение, чувство общей слабости, реже — кратковременное обморочное состояние. Работоспособность больной лишь кратковременно нарушается или совсем не изменяется.

Брюшная беременность наблюдается весьма редко (0,4—0,11% случаев). Она может быть первичной и вторичной. Первичной брюшной называют такую беременность, когда оплодотворенная яйцеклетка имплантируется непосредственно в брюшной полости (на брюшине, сальнике, кишечнике, печени, желудке, селезенке); при этом ни трубы, ни яичники, ни широкие связки не изменены. Подобная беременность наблюдается очень редко и описывается как казуистическое наблюдение.

Чаще брюшная беременность бывает вторичной и возникает после прерывания трубной беременности. Наиболее часто при этом плацента имплантируется близко к трубе — в брюшине широкой маточной связки — и плодовместилище состоит из ампиона, прилежащих отделов сальника, кишечника.

При развитии плода до второй половины беременности определяются достоверные признаки беременности, сердцебиение и движение плода; мелкие части плода обнаруживаются не всегда. Движения плода часто бывают очень болезненными, что связано с тем, что плод лежит не матке, а в

Рис. 239. Трубный аборт.
1 — яйцо; 2 — фибрин; 3 — ампула трубы; 4 — истмус трубы.



брюшной полости. Живот увеличивается в объеме и в нем пальпируется овоидной формы опухолевидное образование, по величине соответствующее приблизительно сроку беременности.

Исход подобной беременности неблагоприятен: в любой момент может произойти разрыв плодовместилища, что сопровождается массивным кровотечением. Жизнь больной подвергается при этом смертельной опасности; плод, как правило, погибает; кроме того, среди подобных плодов весьма высок процент аномалий развития. Если беременность вынашивается до конца, исход ее также неблагоприятен. В конце беременности возникают схваткообразные боли и разрыв плодовместилища. Больная может умереть вследствие внутреннего кровотечения; плод также погибает.

В некоторых случаях внутреннее кровоизлияние не носит катастрофического характера и больная медленно выздоравливает. Судьба погибшего плода может быть различной. В одних случаях он мумифицируется, в других — окаменевает (lithopaedion) вследствие отложения в теле его солей и всасывания жидкости, реже вторично инфицируется. В последнем случае возникает опасность прободного перитонита, образования осумкованного гнойника, выхождение плода через переднюю брюшную стенку, кишечную трубку.

Яичниковая беременность (graviditas ovarica) наблюдается очень редко — в 0,1—0,2% всех случаев. Она может быть истиной (так называемой интрафолликулярной), когда оплодотворенная яйцеклетка внедряется внутрь разорвавшегося фолликула, и перифолликулярной, когда внедрение происходит к поверхности фолликула. Клиническое течение этой формы внематочной беременности не имеет каких-либо характерных особенностей.

Как правило, яичниковая беременность прерывается в ранние сроки.

Диагностика. Прогрессирующая трубная беременность не имеет каких-либо четких характерных признаков. В связи с этим больные, как правило, обращаются в женскую консультацию или поступают в стационар лишь в стадии прервавшейся беременности. В исключительных случаях удается поставить диагноз прогрессирующей трубной беременности, который основывается на следующих данных: 1) задержка менструации у зрелой женщины, живущей половой жизнью; 2) несоответствие размеров матки сроку предполагаемой беременности — она меньше этого срока; 3) прогрессирующее увеличение одной маточной трубы, которое устанавливается при повторном (через неделю) осмотре больной тем же врачом; труба безболезненна или малоболезненна; 4) положительная серологическая или иммунологическая реакция на беременность. Применение кульдоскопии может облегчить своевременную правильную диагностику прогрессирующей трубной беременности.

Распознавание трубной беременности в стадии разрыва трубы, или трубного аборта, с массивным внутренним кровотечением не представляет особых трудностей. При постановке диагноза большое значение имеют анамнестические данные, общее и специальное гинекологическое исследование.

Данные анамнеза часто указывают на предшествующий хронический воспалительный процесс половых органов (после искусственного аборта, осложненных родов), задержку очередной менструации, вторичное бесплодие, реже — на позднее начало менструаций, нерегулярность их и болезненность, первичное бесплодие (признаки инфантилизма). Больные нередко указывают на предшествующие, повторно возникавшие болевые ощущения в животе схваткообразного характера. Однако большей частью

начало заболевания при разрыве трубы или в области угла матки бывает острым и характеризуется резкой болью внизу живота, чаще односторонней, головокружением, обморочным состоянием; вскоре после первого болевого припадка или при повторных припадках больная испытывает чувство резкого давления на низ, прямую кишку. Возникновение этого симптома объясняется скоплением крови в маточно-прямокишечном углублении брюшины.

При попытке дефекации возможны новый болевой приступ, повторное кровоизлияние в брюшную полость, прогрессирование анемии, потеря сознания. Такое состояние определяют как инсульт при нарушенной внематочной беременности.

При объективном исследовании обращают на себя внимание тяжелое состояние больной, резкая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, субнормальная температура тела, частый недостаточного наполнения пульс, апатия, иногда полуобморочное состояние больной (она с трудом отвечает на вопросы). При исследовании может быть обнаружено (не всегда!) нагрубание молочных желез; при надавливании из них выделяется капелька секрета молочного цвета. Признак Щеткина — Блюмберга выражен нечетко. Передняя брюшная стенка напряжена, особенно в гипо- и мезогастральной области, однако принимает участие в дыхательных экскурсиях. Печень и селезенка не пальпируются. При значительном кровоизлиянии в брюшную полость определяют притупление перкуторного тона в паховой и гипогастральной областях (с одной или двух сторон). При осторожном повороте больной на противоположный бок границы притупления звука соответственно перемещаются. Осмотр наружных половых органов не выявляет каких-либо характерных изменений; они могут быть покрыты небольшим количеством темной крови, выделяющейся из влагалища. При осмотре с помощью зеркал устанавливают, что слизистая оболочка влагалища, как и в других местах, бледной окраски, покрыта тонким слоем темной крови; влагалищная часть шейки матки может быть несколько цианотичной. Из канала шейки матки в небольшом количестве выделяется темная кровь с кусочками ткани, что делает ее похожей на кофейную гущу. При осторожном (!) двуручном влагалищно-брюшностеночном исследовании определяют несколько увеличенную, но малоразмягченную матку, выпячивание и небольшую чувствительность заднего свода влагалища. Иногда отмечается резкая болезненность при смещении шейки матки в сторону и пальпации заднего свода («крик Дугласа»).

Пальпация области придатков матки с одной стороны вполне доступна, а с другой — затруднена вследствие болезненности и резистентности брюшной стенки. Через боковой свод контурируется опухолевидное образование овоидной формы без четких границ, не выходящее за границы малого таза, тестоватой консистенции. Чрезмерное давление на переднюю брюшную стенку недопустимо, так как может обусловить повторный инсульт.

При срочном исследовании крови в ближайшие часы после инсульта выявляют своеобразные изменения. Так как при внутреннем кровотечении происходит равномерное снижение количества эритроцитов и гемоглобина, то цветовой показатель вначале не изменяется и анемия носит нормохромный характер. Однако в действительности степень анемизации значительно больше, так как общее сосудистое русло уменьшается за счет выключения части капилляров из кровообращения и их рефлекторного сужения. В дальнейшем нормохромная анемия сменяется гипохромной, так как формирование эритроцитов в костном мозге происходит быстрее, чем вос-

полнение потери гемоглобина. Что касается белой крови, то в первые часы после кровопотери наблюдаются кратковременная лейкопения и тромбоцитопения. В дальнейшем (на 3-и сутки и позднее) обнаруживаются молодые формы эритроцитов и лейкоцитов. СОЭ при значительной кровопотере повышена.

Все перечисленные выше клинические и лабораторные данные говорят об остром заболевании, сопровождающемся массивной кровопотерей в брюшную полость и анемизацией. Однако причиной острого заболевания с болевыми ощущениями в животе и анемизации у женщин детородного возраста может быть не только нарушенная внематочная (чаще всего трубная) беременность, но и ряд других заболеваний: аборт при маточной беременности, острый пельвиоперитонит, перекручивание ножки опухоли (яичника), перфорация язвы желудка, острый аппендицит, травма печени, селезенки, апоплексия яичника, хорионэпителиома трубы. При дифференциации этих заболеваний основываются на данных анамнеза и объективного исследования.

Диагноз аборта может быть ошибочно поставлен на основании обнаружения нагрубания молочных желез, выделения секрета из них, задержки очередной менструации и кровянистых выделений из матки. Однако ошибки можно избежать, если правильно оценить следующие признаки: резкое несоответствие между небольшими кровоотделениями из матки и выраженной анемией больной, а также несоответствие размеров матки сроку предполагаемой беременности.

При аборте боли в животе менее интенсивны, чем при разрыве беременной трубы; боли при аборте ранних сроков обычно бывают тупыми, отдают в поясницу.

Имеет значение и характер выделений из матки — при аборте они ярко-красного цвета, жидкие, при нарушении же трубной беременности — темно-бурые, крошковатые, как кофейная гуща. Подобный характер их объясняется смешиванием крови с десквамирующейся и некротизирующейся децидуальной оболочкой; лишь редко децидуальная оболочка отторгается целиком.

Против диагноза острого пельвиоперитонита говорят: анемия, субнормальная температура, влажный язык, участие передней брюшной стенки в дыхательных экскурсиях, невыраженность признака Щеткина — Блюмберга. При перекручивании ножки опухоли яичника, как правило, отсутствуют признаки анемии, основным симптомом является боль.

При объективном исследовании определяется опухоль отдельно от матки.

Диагноз острого аппендицита основывается на признаках Щеткина — Блюмберга и Ровзинга. Против перфорации язвы желудка говорит отсутствие характерных признаков: указаний на гастрит, язву желудка, острая боль в эпигастральной области, преобладание признаков шока, а не анемии. Кровотечение вследствие травмы печени или селезенки исключается на основании данных анамнеза.

Апоплексия яичника может сопровождаться значительным кровоизлиянием в брюшную полость и обусловить ошибочный диагноз нарушенной внематочной беременности или аппендицита (при наличии резких болей в илео-цекальной области).

Дифференциальный диагноз основывается на следующих признаках: апоплексия яичника может возникнуть и у женщины, не живущей половой жизнью; она, как правило, не наблюдается в первой фазе менструального цикла; внутреннее кровотечение редко бывает значительным. У не-

которых больных окончательный диагноз и дифференциация нарушенной яичниковой беременности устанавливаются лишь при гистологическом исследовании ткани, удаленной при резекции яичника. Наконец, очень редко значительное кровотечение в брюшную полость возникает при хорионэпителиоме маточной трубы. Клиническая картина заболевания очень сходна с разрывом трубы при беременности. Правильный диагноз нередко устанавливается при вдумчивой оценке характерных изменений в трубе и гистологическом исследовании препарата. Все перечисленные выше признаки разрыва трубы со значительным кровоизлиянием настолько характерны, что пункция через задний свод, диагностические и биологические реакции, как правило, не применяются. Больная с массивным внутренним кровоизлиянием вследствие разрыва трубы или трубного аборта требует срочного хирургического вмешательства (удаление трубы, перевязка сосудов).

Распознавание трубной беременности в стадии трубного аборта при отсутствии значительного кровоизлияния может представлять значительные трудности. Процент диагностических ошибок весьма высок не только при осмотре больной в условиях женской консультации (от 13 до 24), но и в стационаре (от 2,1 до 5,7). Трудности диагностики обусловлены рядом моментов: отсутствием резких болевых ощущений, обморочного состояния, часто удовлетворительным общим состоянием больной, сохраняющей работоспособность. У ряда больных диагноз устанавливается лишь после некоторого периода наблюдения в стационаре и применения дополнительных методов исследования (пункция через задний свод влагалища, кульдоскопия). Вместе с тем всегда надо помнить, что и при трубном аборте возможно внезапное возникновение массивного кровотечения. Большое значение для правильной диагностики имеет тщательное собирание анамнеза. Обращают внимание на предшествующие воспалительные процессы после абортов, осложненных родов, бесплодие (вторичное или первичное), время менархе, задержку (не обязательно!) очередных менструаций, иногда тошноту по утрам, нагрубание молочных желез, повторные, нерезко выраженные приступы схваткообразных болей внизу живота, легкое головокружение, реже кратковременные обмороки, появление после первого приступа болей темных кровянистых выделений из влагалища, иногда отхождение из влагалища кусков какой-то ткани. Общее состояние больной остается удовлетворительным. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, не учащен. Температура тела нормальная, иногда субфебрильная (37,1—37,3°C). Молочные железы несколько уплотнены, при надавливании из соска иногда показывается капелька секрета желтоватого цвета. Передняя брюшная стенка участвует в дыхательных экскурсиях, пальпация ее не болезненна, при перкуссии — ясный тимпанит. При гинекологическом исследовании каких-либо изменений наружных половых органов (кроме возможных рубцов после повреждений во время родов) не обнаруживают. У некоторых нерожавших женщин обнаруживают признаки инфантилизма: узкая половая щель, высокая промежность, большие половые губы не прикрывают малые. При осмотре с помощью зеркал устанавливают, что стенки влагалища не обильно смазаны кровью, влагалищная часть шейки матки может быть несколько цианотичной; из канала шейки матки выделяется темно-бурая с крошками кровь, напоминающая кофейную гущу.

При двуручном исследовании определяют незначительное увеличение матки, как при 5—6-недельной беременности; она плотной или несколько размягченной консистенции. Признак Горвица — Гегара, как правило,

отрицательный. При пальпации области придатков обнаруживают, что они с одной стороны немного увеличены, колбасовидной или ретортообразной формы, слегка чувствительны, тестоватой консистенции. Задний свод иногда несколько выпячен, чувствителен при пальпации. При клиническом анализе крови иногда выявляется нормохромная анемия; СОЭ нормальная или немного увеличенная. При исследовании мочи патологических изменений не выявляется. Биологические и серологические реакции на беременность положительные или отрицательные (при длительном заболевании).

При сопоставлении указанных выше данных необходимо дифференцировать беременность и хронический воспалительный процесс придатков матки; данные анамнеза часто указывают на перенесенный ранее воспалительный процесс. Однако задержка очередной менструации, нагрубание молочных желез и выделение секрета из них (с учетом срока предшествующих родов), тошнота по утрам, небольшой цианоз влагалищной части шейки матки и, наконец, положительная, иногда серологическая или биологическая реакция на беременность — все это убедительно говорит о диагнозе беременности. Все перечисленные признаки не характерны для воспалительного процесса придатков матки.

Установив наличие беременности, следует решить вопрос, является ли она нормальной маточной или внематочной. Против нормальной беременности говорит указание на боли в животе и наличие кровянистых выделений, а иногда и отхождение кусочков ткани из матки. Однако без гистологического исследования трудно исключить возможность отхождения и отпадающей оболочки. Поэтому при поступлении в стационар такой больной необходимо предупредить ее и медицинский персонал о необходимости сохранения кусочков, выделившихся из матки (для гистологического исследования); имеет некоторое значение и макроскопическое изучение выделившейся ткани. Так, при погружении ее в стакан с водой хорошо видны ворсины хориона; децидуальная ткань представляется гладкой, без ворсин.

Гистологическое исследование позволяет дифференцировать отпадающую оболочку от ворсин хориона. Однако отсутствие ворсин в выделившейся ткани не дает оснований для окончательного установления внематочной беременности. Децидуальное превращение слизистой оболочки матки наблюдается не только при беременности, но и при персистирующем желтом теле и текалютеиновых кистах яичника. Ворсины хориона могут быть обнаружены в случае редкого сочетания маточной и внематочной беременности. При появлении болей в животе, головокружения (кровопотеря, инсульт!) необходимо срочно осмотреть больную. При повторном гинекологическом исследовании иногда обнаруживают весьма характерные для прервавшейся внематочной беременности изменения: увеличение размеров маточной трубы с одной стороны и перитубарной гематомы, появление выпячивания заднего свода влагалища. О диагнозе внематочной беременности говорит также обнаружение децидуально измененной слизистой оболочки без ворсин (при гистологическом исследовании). Известное диагностическое значение имеет и феномен Ариас-Стеллы — обнаружение своеобразных изменений в эпителии желез эндометрия, ядра которого гипертрофированы и гипохромны. Однако необходимо категорически отвергнуть выскабливание слизистой оболочки матки как метод диагностики внематочной беременности. Подобное вмешательство создает опасность инсульта и инфекции, тогда как диагностическая ценность его невелика. Определенное диагностическое значение имеют пункция через задний свод влагалища

и реакции на беременность, повторный клинический анализ крови. Пункция заднего свода показана в затруднительных для диагностики случаях, особенно с целью дифференциации нарушенной внематочной беременности от воспаления придатков матки, тазовой брюшины.

Пункция заднего свода влагалища — лишь вспомогательный диагностический прием и результаты ее необходимо оценивать, сопоставляя с другими данными обследования больной. Так, при пункции не получают кровь не только при отсутствии кровоизлияния, но и при незначительной перитубарной гематоме или гематосальпинксе, а также при организации сгустков крови. Необходимо всегда помнить, что кровоизлияние в брюшную полость может произойти не только при нарушении внематочной беременности, но и при апоплексии яичника.

В сомнительных случаях целесообразно микроскопическое исследование пунктата.

Реакции на беременность имеют некоторое диагностическое значение, однако только комплексное обследование позволит дифференцировать маточную беременность от внематочной. При длительном сроке после прерывания беременности хорион отмирает, продукция хорионгонадотропинов прекращается и, следовательно, реакции на беременность могут быть отрицательными. Повторные клинические анализы крови не выявляют каких-либо специфических изменений. При повторных кровоизлияниях в брюшную полость и всасывании крови возникают гипохромная анемия, небольшой сдвиг формулы белой крови, повышение СОЭ.

В последние годы в трудных случаях с успехом применяется кульдоскопия. При кульдоскопии на фоне бледно-розовой блестящей брюшины хорошо видны утолщенная труба сине-багрового цвета и темные сгустки крови.

Диагностика яичниковой беременности (в отличие от трубной) возможна только после операции и гистологического исследования препарата.

Распознавание брюшной беременности может представлять значительные трудности. Обычно эта беременность бывает вторичной брюшной и возникает после прерывания трубной беременности. Диагноз основывается на тщательном изучении анамнеза: повторные приступы болей в животе, иногда с кратковременной потерей сознания, резкие боли при движении плода. При объективном исследовании прощупывают неувеличенную матку отдельно от плодовместилища; при легком механическом раздражении плодовместилище не сокращается. Если плод мертв, то сердцебиение и движения его не определяются и возникает необходимость исключить диагноз опухоли и яичника, субсерозной миомы матки. При дифференциальной диагностике учитывают анамнез и данные контрастного рентгенологического исследования.

Резюмируя раздел диагностики внематочной беременности, необходимо еще раз подчеркнуть большое значение комплексного обследования больной и тщательного собирания и оценки анамнеза. Подобное обследование (в условиях стационара нередко повторное) позволяет предотвратить в большинстве случаев диагностические и терапевтические ошибки.

Л е ч е н и е. Каждая больная, у которой заподозрена внематочная беременность, должна быть немедленно госпитализирована. При резких болях в животе нельзя назначать ни тепло, ни холод, ни очистительную клизму, так как это может обусловить возникновение повторного инсульта. После установления диагноза единственным способом лечения является немедленное хирургическое вмешательство.

ОПЕРАЦИЯ ПО ПОВОДУ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Типичным вмешательством по поводу трубной беременности является удаление трубы.

У больных без тяжелой кровопотери и шока может быть применена и анестезия по А. В. Вишневскому. Как правило, показан ингаляционный (эфирно-кислородный) или интубационный наркоз с релаксантами. Спинномозговая анестезия не рекомендуется. Операция производится брюшностеночным путем и состоит из следующих моментов: вскрытия брюшной полости, захватывания беременной трубы, удаления трубы и излившейся крови, перитонизации и закрытия брюшной раны.

Первый момент. Брюшную стенку подготовляют путем протирания ее спиртом и смазывания 5% йодной настойкой. Разрез для вскрытия брюшной полости может быть применен как продольный — срединный или внесрединный (на 2 см слева от средней линии), так и надлобковый поперечный. При подозрении на инфекцию следует предпочесть срединный разрез.

Второй момент. После послойного рассечения брюшной стенки операционную рану расширяют при помощи зеркал, при наличии значительного кровоизлияния быстро вводят руку в брюшную полость, захватывают матку и выводят в рану разорванную трубу; накладывают зажимы на мезосальпинкс; кровотечение после наложения зажима на мезосальпинкс прекращается. Помощник хирурга приступает к переливанию крови. Если нет значительной кровопотери, то, раскрыв брюшную рану, ориентируются в топографо-анатомических отношениях и, захватив дно матки пулевыми щипцами, выводят в рану матку и беременную трубу. Накладывают два зубчатых зажима; один — на соответствующий маточный конец трубы, другой — на мезосальпинкс, после чего отсекают всю трубу. В маточном конце трубу отсекают от угла матки. Накладывают лигатуру на пересеченный мезосальпинкс и на края разреза в углу матки. Яичник отделяют и тщательно осматривают, его анатомическая ножка (lig. suspensorium ovarii, lig. ovarii proprium mesovarium) не нарушается.

Третий момент. Перитонизация раны осуществляется путем прикрытия ее круглой связкой и наложения непрерывного кетгутового шва. При этом желательно не нарушать подвижность матки и сохранить ее срединное положение. После удаления трубы и перитонизации удаляют жидкую кровь и кровяные сгустки. Обязателен осмотр второй трубы и яичника, которые, как правило, оставляются. Удаление второй трубы показано лишь при наличии в ней беременности или глубоких, необратимых, большей частью воспалительных изменений. При незначительных воспалительных изменениях труба должна быть оставлена и назначается последующее консервативное противовоспалительное лечение.

Четвертый момент. Операция заканчивается послойным зашиванием брюшной раны. Накладывают асептическую повязку на переднюю брюшную стенку в области операционного разреза. Препарат удаленной трубы должен быть тщательно осмотрен. В редких случаях хорионэпителиомы труба отличается хрупкостью, ломкостью, иногда интимно сращена с маткой, крошится при удалении. Каждый препарат удаленной трубы, яичника должен быть подвергнут не только макроскопическому, но и гистологическому исследованию (точная диагностика, выявление этиологии внематочной беременности).

При диагнозе хорионэпителиомы трубы показаны экстирпация матки с придатками, лучевая терапия и химиотерапия.

При значительной кровопотере (свыше 500 мл) переливание крови производится во время операции до адекватного ее возмещения. Значительная кровопотеря, как правило, сопровождается гипопротеинемией. Поэтому переливание крови следует сочетать с введением высокомолекулярных плазмозаменителей — полиглюкина, поливинола (поливинилалкоголь). Весьма целесообразна реинфузия крови, излившейся в брюшную полость. Реинфузия противопоказана при давности инсульта свыше 12 ч, у лихорадящих больных, при остром или подостром воспалении половых органов. При падении систолического давления до 70 мм рт. ст. и ниже показано внутриартериальное нагнетание крови.

При повторной операции по поводу трубной беременности, которая встречается в 5—6% случаев, заслуживают внимания предложения консервативной операции: резекции участка трубы с плодным яйцом и восстановления ее конец в конец; при этом необходимо убедиться в проходимости оставшихся участков трубы.

В послеоперационном периоде показано повторное клиническое исследование крови и при выявлении постгеморрагической анемии — переливание крови, противоанемическая терапия.

Прогноз при внематочной беременности весьма серьезен, так как первый же инсульт может закончиться трагически для больной. Всегда надо помнить, что тяжелое кровоизлияние в брюшную полость может возникнуть не только при разрыве трубы или в области угла матки, но и при трубном аборте после некоторого периода стертых болезненных симптомов.

Профилактика. Профилактика внематочной беременности заключается в предупреждении абортов (применение противозачаточных средств, борьба с внебольничными абортами), воспалительных заболеваний, осуществлении мер по оздоровлению девочек и девушек, лечении инфантилизма, опухолей половых органов.

С целью профилактики повторной внематочной беременности необходимо вдумчиво анализировать этиологию заболевания. При выписке после операции следует дать соответствующую справку в женскую консультацию, рекомендовать последующее лечение (в зависимости от этиологии внематочной беременности).

Наиболее частой причиной возникновения внематочной (трубной) беременности является воспалительный процесс. В связи с этим с целью профилактики повторной трубной беременности (в оставшейся трубе) и восстановления генеративной функции целесообразно в ближайшее же время после операции провести противовоспалительное лечение (гидротубация, ультразвук, гальванофорез, грязи). При нарушении функции яичников показана также гормонотерапия синтетическими прогестинами.

ГЛАВА XV

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СССР

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Организация гинекологической и акушерской помощи в нашей стране основана на общих принципах: а) общедоступность; б) бесплатность; в) оказание помощи всем (100%) беременным, роженицам и гинекологическим больным; г) профилактика осложнений беременности, родов и гинекологических заболеваний; д) систематическое повышение качества лечебно-профилактической помощи женщинам в соответствии с достижениями науки.

Единство акушерской и гинекологической помощи в организационном отношении выражается также в том, что: 1) беременных, рожениц и гинекологических больных обслуживает единый врач акушер-гинеколог, который должен знать эти отрасли единой дисциплины; 2) эта помощь оказывается в одних и тех же учреждениях; 3) существует единое административное, научное и методическое руководство всеми учреждениями, оказывающими акушерскую и гинекологическую помощь.

Гинекологическая помощь оказывается в женских консультациях (амбулаторная помощь) и в гинекологических отделениях, входящих в состав родильных домов, больниц и других учреждений. Гинекологическая помощь оказывается врачами-специалистами, в крайнем случае врачами общего профиля.

К осуществлению некоторых видов гинекологической помощи (прием больных, участие в профилактических осмотрах, санитарно-просветительная работа и др.) привлекаются акушерки колхозных родильных домов и фельдшерско-акушерских пунктов. Акушерки работают под руководством врачей.

Гинекологические койки развертываются в соответствии с нормативом 0,8 койки на 1000 населения. Количество гинекологических коек, соответствующее указанному нормативу, позволяет госпитализировать гинекологических больных, нуждающихся в стационарном лечении (острые и подострые воспалительные заболевания, эндокринные нарушения, а также опухоли, травмы, смещения половых органов и другие заболевания, требующие оперативного вмешательства).

ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

Женская консультация является лечебно-профилактическим учреждением, оказывающим населению амбулаторную акушерско-гинекологическую помощь по принципу диспансерного обслуживания.

Женская консультация входит на правах отделения в состав родильного дома, больницы, поликлиники и медико-санитарной части.

Работа консультации строится на основе участкового (цехового) обслуживания женщин. Каждый врач женской консультации (совместно с акушеркой) оказывает лечебно-профилактическую помощь женщинам в определенном участке.

Профилактическая и лечебная работа женской консультации направлена: на укрепление здоровья женщины, обеспечение благоприятного исхода беременности и родов для матери и ребенка, предупреждение и понижение гинекологической заболеваемости.

Деятельность консультации в области организации гинекологической помощи кратко сводится к следующему.

1. Выявление гинекологических заболеваний, лечение больных в условиях консультации или направление их в гинекологический стационар. Гинекологические больные выявляются при обследовании обращающихся в консультацию, а также путем проведения массовых профилактических медицинских осмотров женщин на прикрепленных к консультации предприятиях, учреждениях, а также в смотровых кабинетах поликлиник. Массовые профилактические осмотры получили широкое распространение и способствовали значительному снижению гинекологической заболеваемости.

Профилактические гинекологические осмотры организуются обычно консультациями, но в них принимают деятельное участие все врачи родильного дома, акушеры-гинекологи медико-санитарных частей, а также средние медицинские работники акушерско-гинекологических учреждений.

В сельских местностях профилактические медицинские осмотры осуществляются акушерами-гинекологами района или участковыми врачами, которым помогают акушерки колхозных родильных домов, фельдшерско-акушерских пунктов и больниц.

В организации профилактических осмотров медицинским работникам большую помощь оказывают руководители и общественные организации промышленных предприятий, колхозов и совхозов и другие организации. К обследованию привлекают всех женщин старше 18 лет; особая настойчивость должна проявляться в отношении женщин пожилого возраста (злокачественные образования).

Гинекологических больных, выявленных при осмотре, направляют на лечение. Больные с воспалительными заболеваниями, доброкачественными опухолями, аномалиями положения половых органов, расстройствами менструальной функции подлежат лечению в консультациях и гинекологических стационарах.

При профилактических осмотрах, а также в повседневной работе консультаций особое внимание уделяется выявлению и последующему лечению женщин с так называемыми предраковыми заболеваниями (стойкие эрозии, аденоматозные полипы, эрозированные эктропионы и др.), и раннему обнаружению злокачественных новообразований женских половых органов. Больных со злокачественными новообразованиями направляют в онкологический диспансер или в гинекологическое отделение, в зависимости от местных условий (квалифицированный гинеколог-хирург, возможность лучевой терапии). Больные с иноперабельными формами рака поступают в онкологические учреждения.

Женские консультации и гинекологические стационары выявляют этиологию воспалительных заболеваний (гонорея, трихомониаз, туберкулез и др.), что способствует успеху лечения и проведения мер профилактики.

Применение всех методов выявления гонореи и лечение осложненной гонореи женщин входят в обязанности женских консультаций и гинекологических стационаров. Больных с неосложненной гонореей можно лечить в консультации или венерологическом диспансере, в зависимости от местных условий (подготовка кадров, оснащение). О каждой женщине, у которой диагноз гонореи подтвержден, консультация сообщает в венерологический диспансер, что необходимо для выявления контактных заболеваний и их лечения.

Консультации, так же как и гинекологические стационары, используют консультативную помощь врачей других специальностей (терапевты, хирурги, невропатологи, эндокринологи и др.).

2. Женские консультации оказывают помощь на дому гинекологическим больным, в силу каких-либо обстоятельств не поступившим в начале заболевания в стационар.

Первое посещение обычно осуществляется по вызову; последующие посещения регулирует врач, руководствуясь состоянием больной. Назначения врача на дому выполняет акушерка (медицинская сестра) консультации.

3. Санитарно-просветительная работа является неотъемлемой частью разносторонней деятельности акушерско-гинекологических учреждений, главным образом консультаций. Санитарно-просветительная работа проводится по плану: а) в консультации и стационаре; б) на участке; в) на предприятиях, в колхозах и совхозах.

Формы санитарно-просветительной работы разнообразны: беседы и лекции, использование плакатов и брошюр, организация выставок. Тематика и формы санитарно-просветительной работы определяются врачами акушерско-гинекологических учреждений с учетом основных задач, которые в данное время являются наиболее важными.

4. Охрана здоровья женщин, работающих на промышленных предприятиях, в колхозах и совхозах, является важнейшей задачей акушерско-гинекологических учреждений, главным образом консультаций. Профилактическая работа акушера-гинеколога на объектах промышленного и сельскохозяйственного производства в основном сводится к следующему:

а) изучение условий труда женщин в данной отрасли производства; проведение в случае необходимости мер по улучшению гигиенических условий труда;

б) медицинский осмотр женщин при поступлении на работу, проведение систематических профилактических осмотров и проведение оздоровительных мероприятий;

в) участие в трудоустройстве работниц промышленных предприятий, совхозов и колхозов (выбор профессии с учетом состояния здоровья, перевод на другую работу и др.);

г) помощь организациям, контролирующим выполнение Кодекса законов о труде женщин на данном виде производства;

д) контроль за работой комнат личной гигиены женщины.

На предприятиях и в учереждениях, где работает 300 женщин и больше, за счет предприятия и учреждений на территории данного объекта организуется и оборудуется комната личной гигиены женщины. Ее обслуживает средний медицинский персонал или лицо, специально подготовленное к выполнению этой работы.

Основной задачей комнаты личной гигиены женщины является предупреждение заболеваемости путем внедрения среди женщин санитарно-гигиенических навыков и проведения санитарно-просветительной работы.

Комнаты личной гигиены женщины имеют специальные душевые установки и другое оборудование, позволяющее проводить гигиенические процедуры в течение рабочего дня.

Работа женской консультации теснейшим образом связана с деятельностью гинекологического стационара, что необходимо для достижения единой цели — предупреждения, ранней диагностики и рациональной терапии гинекологических заболеваний. Связь осуществляется путем проведения совместных научно-практических конференций, профилактических осмотров, консультаций по вопросам диагностики и лечения, взаимной информации о планах и результатах работы и др.

Консультация связана также с лечебными учреждениями другого профиля (терапевтические, венерологические, стоматологические, неврологические и др.). В течение последних лет в крупных консультациях организуется специализированная помощь гинекологическим больным. Созданы специализированные кабинеты по диагностике и лечению бесплодия, эндокринных нарушений, генитального туберкулеза. Имеются кабинеты, специализированные по вопросам диагностики и лечения заболеваний и функциональных нарушений половой системы у девочек. В некоторых консультациях крупных городов осуществляется медико-генетическое обследование и оказание соответствующей помощи. В большинстве консультаций организованы физиотерапевтические кабинеты, оборудованные современной аппаратурой.

Среди консультаций городов выделяется так называемая базовая консультация, в которой осуществляются все виды специализированной помощи. В этих учреждениях оказывается методическая и консультативная помощь врачам других женских консультаций.

СТАЦИОНАРНАЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Стационарная гинекологическая помощь оказывается в гинекологических отделениях родильных домов, городских и районных больниц.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОДИЛЬНОГО ДОМА

В больших родильных домах, построенных по проектам последних лет, гинекологическое отделение обычно занимает отдельный этаж, связанный с отдельным санитарным пропускником. Сообщение между акушерским и гинекологическим отделениями используется только медицинскими работниками в случае необходимости.

В гинекологическом отделении выделены палаты для больных, нуждающихся в оперативной и консервативной терапии лечения; в крупных учреждениях существуют отделения: 1) оперативной гинекологии и 2) консервативных методов лечения.

В гинекологическое отделение родильного дома не принимают больных, представляющих опасность в отношении занесения и распространения инфекции (запущенные формы рака, септические заболевания, инфицированные выкидыши и др.). Больных с указанными заболеваниями госпитализируют в учреждения специального профиля или в соответствующие отделения этих больниц (гинекологическое и хирургическое отделения больницы и др.).

Отделение оперативной гинекологии имеет одну или две операционные, предоперационную, наркозную, палату интенсивной терапии, перевязочную и другие помещения для хирургических манипуляций.

Удельный вес гинекологических коек составляет от 30 до 50% (акушерских от 50 до 70%) к общему числу коек родильного дома. Койки распределяются приблизительно одинаково между отделениями консервативных и хирургических методов лечения.

В гинекологическом отделении по очереди работают все врачи родильного дома под руководством заведующего, который подчинен главному врачу родильного дома.

Врачи, работающие в гинекологическом отделении, несут дежурства по родильному дому. Во время работы в консультации врачи обслуживают беременных и гинекологических больных не только в консультации, но и на участке.

Родильный дом с акушерским и гинекологическим отделениями, консультацией, кабинетами и лабораториями является типовым лечебно-профилактическим учреждением.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Гинекологическое отделение (акушерско-гинекологическое отделение) городской больницы выполняет функции, аналогичные соответствующим отделениям родильного дома. Однако существование гинекологических отделений в составе крупных многопрофильных больниц имеет преимущества в отношении оказания всесторонней помощи больным. В таких отделениях обеспечивается немедленное оказание консультативной помощи хирурга, невропатолога, уролога и других специалистов, широко используются возможности лабораторной, рентгенологической и других видов диагностики, службы анестезиологии и реанимации, переливания крови и т. д. В гинекологических отделениях многопрофильных больниц применяются специальные методы лечения — физиотерапия, бальнеотерапия, лечебная гимнастика и др.

Гинекологические отделения больниц могут иметь собственный операционный блок (включая предоперационную, операционную, палату интенсивной терапии), однако они могут использовать общебольничные операционные блоки, включая службу интенсивной терапии, реанимации и др. В отделениях выделяются палаты для больных, нуждающихся в консервативном и хирургическом лечении. В крупных больницах существуют отделения: а) оперативной гинекологии и б) консервативных методов лечения.

В течение последних лет развивается специализированная помощь гинекологическим больным, нуждающимся в обследовании и лечении в условиях стационара. В гинекологических отделениях крупных больниц выделяются палаты (или специальные отделения) для диагностики и лечения бесплодия, эндокринных нарушений (расстройства в системе гипоталамус — гипофиз — яичники). Лечебная помощь женщинам, больным генитальным туберкулезом, оказывается в специализированных отделениях многопрофильных больниц или противотуберкулезных учреждений. Для долечивания таких больных организованы специализированные санатории. В крупных городах на базе одной из больниц организуется отделение для оказания диагностической и лечебно-профилактической помощи девочкам,

страдающим функциональными нарушениями и заболеваниями половой системы (ювенильные маточные кровотечения, аномалии развития половой системы, новообразования и др.).

РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА

В районных больницах (сельскохозяйственные районы) выделяются палаты для гинекологических больных, нуждающихся в применении консервативных и хирургических методов лечения.

СЕЛЬСКАЯ УЧАСТКОВАЯ БОЛЬНИЦА

Врач сельской участковой больницы принимает гинекологических больных (на правах врача общей практики), участвует в проведении профилактических осмотров, санитарно-просветительной работы, осуществляет мероприятия по улучшению условий труда колхозниц и работниц совхозов. Гинекологические больные получают лечение на месте или их направляют для уточнения диагноза и лечения в гинекологическое отделение районной или городской больницы.

При необходимости применения сложных методов лечения больные из районных больниц направляются в гинекологические отделения республиканских, областных (краевых) больниц. В этих больницах гинекологическим больным оказывается специализированная помощь.

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ

Профилактика нарушений репродуктивной функции и гинекологических заболеваний в значительной мере зависит от общих мероприятий по охране здоровья детей. В число этих мероприятий входят предупреждение, своевременная диагностика и правильное лечение заболеваний и функциональных нарушений половой системы, которые иногда возникают у детей и подростков.

В течение последних лет усиленно изучаются не только этиология, клиника и лечение гинекологических заболеваний, возникающих в детском возрасте и в период полового созревания, но также структура заболеваемости половой системы у детей и формы организации лечебно-профилактической помощи.

В структуре гинекологической заболеваемости видное место занимают воспалительные процессы (вульвовагиниты) и расстройства менструальной функции. Реже наблюдаются нарушения полового развития, опухоли и пороки развития половых органов.

Симптомы и клиническое течение заболеваний половой системы у детей и подростков отличаются от соответствующих гинекологических заболеваний у взрослых, что связано с анатомическими и функциональными особенностями половых органов в детском возрасте и в период полового созревания. В соответствии с этим имеют особенности методы диагностики, лечения и профилактики.

Большое значение профилактики заболеваний и функциональных нарушений половой системы у детей для предупреждения расстройств репродуктивной функции (бесплодие, невынашивание) и гинекологических заболеваний в зрелом возрасте определило необходимость организации специализированной гинекологической помощи для больных детей и подрост-

ков. Эта необходимость связана также с особенностями симптоматологии, диагностики и лечения гинекологических заболеваний в указанном возрасте.

Изучение проблемы гинекологии детского и подросткового возраста и внедрение в практику научных достижений в данной области вызвали необходимость специальной подготовки врачей для оказания лечебно-профилактической помощи детям при заболеваниях и нарушениях половой системы. Такую подготовку в указанной области получают обычно врачи: акушеры-гинекологи, которые оказывают консультативную и лечебную помощь, педиатры, терапевты, фтизиатры, невропатологи, эндокринологи и др.

Детально обсуждался вопрос о лечебно-профилактических учреждениях, где наиболее целесообразно организовать поликлиническую и стационарную помощь девочкам при гинекологических заболеваниях и функциональных нарушениях половой системы. В настоящее время профилактическая помощь оказывается в детских учреждениях различного типа, а диагностическая и лечебная — в специализированных кабинетах детских поликлиник или женских консультаций.

Стационарная помощь оказывается в специализированных отделениях детских больниц или гинекологических стационаров, обеспеченных квалифицированными кадрами, оснащенных современным оборудованием для диагностики и лечебной помощи. Разработана и внедряется в практику трехстепенная система оказания профилактической и лечебной помощи при гинекологических заболеваниях у детей и подростков.

Первый этап — медицинская помощь в дошкольных детских учреждениях, школах, детских санаториях. Основные задачи сводятся к санитарно-просветительной работе среди педагогов, родителей и (в соответствии с возрастом) девочек, выявление детей, которых следует направить к врачу-специалисту для необходимого обследования. Особо важное значение имеет санитарно-просветительная работа, имеющая целью профилактику заболеваний и функциональных расстройств половой системы. Основой этой работы является ознакомление педагогов, родителей и детей (соответствующего возраста) с анатомо-физиологическими особенностями организма, правилами специфической гигиены девочек, основами профилактики заболеваний и признаками, указывающими на необходимость обращения к врачебной помощи.

Второй этап лечебно-профилактической помощи оказывается в специализированных кабинетах детских поликлиник (реже — в специализированных акушерско-гинекологических учреждениях).

Задачи данного этапа сводятся к диагностике и лечению тех заболеваний и функциональных расстройств половой системы, которые не требуют стационарной помощи. В поликлинической сети определяются показания к направлению больных на стационарное обследование и лечение, проводится санитарно-просветительная работа, осуществляется наблюдение за состоянием здоровья девочек, выписанных из стационара (при необходимости проводится долечивание).

Третий этап — диагностика и лечение больных в условиях стационара. На стационарное лечение направляются больные при необходимости применения сложных методов исследования и терапии, нуждающиеся в систематическом наблюдении врача.

Девочки, перенесшие гинекологические заболевания и функциональные расстройства половой системы, подлежат систематическому наблюдению после выздоровления.

В ряде учреждений изучаются менструальная, репродуктивная и другие функции организма женщины, перенесшей указанные заболевания в детском возрасте или в период полового созревания.

РУКОВОДСТВО АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

Акушерско-гинекологические учреждения организуют работу в соответствии с методическими указаниями и распоряжениями специальных отделов Министерства здравоохранения СССР и министерств здравоохранения союзных республик. Оперативное руководство и контроль осуществляются специальными отделами или инспекторами городских и областных отделов здравоохранения. В административном отношении акушерско-гинекологические учреждения подчиняются непосредственно районным (городские и сельские районы) отделам здравоохранения, а в небольших городах, не имеющих деления на районы, — городскому отделу здравоохранения.

Отделы органов здравоохранения, руководящие акушерско-гинекологическими учреждениями, используют научно-методическую помощь следующих организаций.

Главные акушеры-гинекологи министерств, областных (краевых) и городских отделов здравоохранения оказывают врачам акушерско-гинекологических учреждений консультативную помощь, организуют и проводят повышение квалификации, участвуют в научных исследованиях, анализируют деятельность учреждений.

Институты акушерства и гинекологии, охраны материнства и детства (женский сектор) разрабатывают важнейшие научные проблемы в области акушерства и гинекологии, оказывают органам здравоохранения повседневную научную и организационно-методическую помощь, направленную на повышение качества лечебно-профилактической помощи женщинам.

Комиссии по родовспоможению и гинекологической помощи министерств, областных и городских отделов здравоохранения являются постоянно действующим методическим и консультативным органом. Комиссии помогают планировать сеть учреждений, апробируют проекты строительства, новые методы профилактики и лечения, рассматривают инструкции, методические указания, заслушивают отчеты учреждений.

Научные общества акушеров-гинекологов обсуждают результаты научных исследований в данной отрасли медицины, способствуют внедрению научных достижений и передового опыта работы в практику, решают по заданию органов здравоохранения организационные и методические вопросы.

Республиканские, краевые и областные больницы оказывают органам здравоохранения и акушерско-гинекологическим учреждениям организационно-методическую и консультативную помощь по улучшению лечебно-профилактического обслуживания женщин во время беременности и родов, а также при гинекологических заболеваниях.

Предметный указатель

В

Г

Д

Ж

З

И

К

Н

О

П

Р

С

Я

ОГЛАВЛЕНИЕ

ИБ № 851

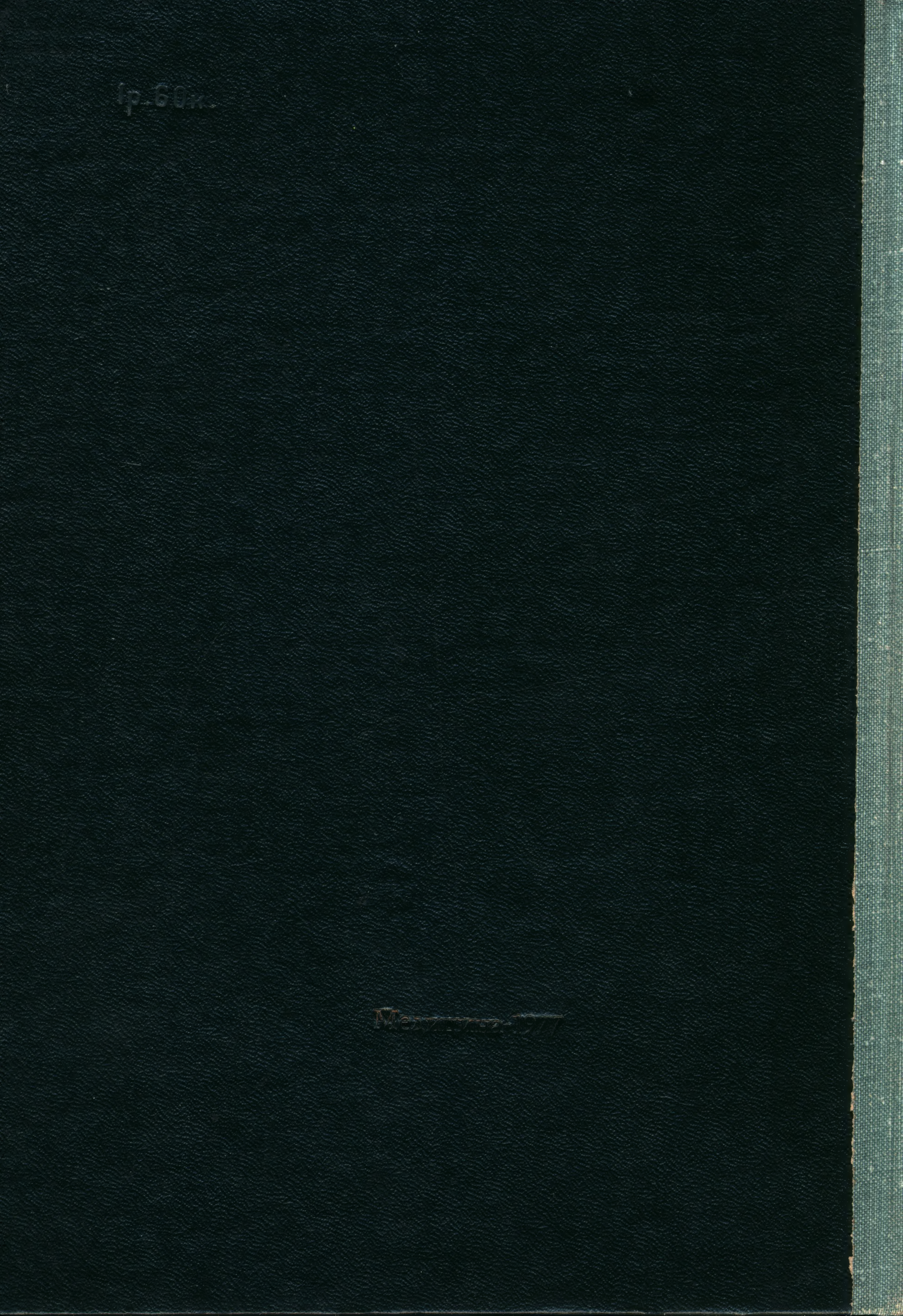
Бодяжина Вера Ильинична
Жмакин Константин Николаевич

ГИНЕКОЛОГИЯ

Редактор В. М. Мазурова
Художественный редактор Л. Д. Виноградова
Корректор В. С. Юрчук
Технические редакторы И. Ф. Заболотнова, Н. А. Ветрова, Т. А. Волкова
Переплет художника Г. И. Камзоловой

Сдано в набор 1/III 1977 г. Подписано к печати 4/XI 1977 г. Формат бумаги 70×100¹/₁₆. 26,0 печ. л. + 0,75 печ. л. вкл. (условных 34,77 л.). 33,21 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2 глаз. Тираж 80 000 экз. МУ-16. Цена 1 р. 60 к.

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8. Заказ 216. Ярославский полиграфкомбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете Совета Министров СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.


1р. 60к.


В.И. БОДЯЖИНА
К.Н. ЖМАКИН
ГИНЕКОЛОГИЯ